UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1971 N° 49

Confrontation des données de la Laparoscopie et de l'Histologie pour le diagnostic et le pronostic des états pré-cirrhotiques et cirrhotiques du foie

(A propos de 280 cas)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Mars 1971

par

Pierre FAGET

Membres du Jury	MM. J. GADRAT	*Président*
	J. LAPORTE H. BOUISSOU A. RIBET	*Assesseurs*
	R. FEDOU	*Suppléant*

Imprimerie H. DUBAR
impasse André Marestan
TOULOUSE Le Mirail

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536520_0060

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1971 N° 49

Confrontation des données de la Laparoscopie et de l'Histologie pour le diagnostic et le pronostic des états pré-cirrhotiques et cirrhotiques du foie

(A propos de 280 cas)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement en Mars 1971

par

Pierre FAGET

Membres du Jury	MM. J. GADRAT	*Président*
	J. LAPORTE	
	H. BOUISSOU	*Assesseurs*
	A. RIBET	
	R. FEDOU	*Suppléant*

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES MEDICALES

Président de l'Université .... M. LARENG
1er Vice-Président ..... M. MATHIS
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Purpan ..... M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Rangueil ..... M. ENJALBERT

DOYENS HONORAIRES

MM. LAZORTHES, GORSE, CALVET, BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS, LAGROT, Mme DULUCQ.

Clinique médicale et cardiologique	MM. DARDENNE
Clinique médicale Sud	GADRAT
Clinique chirurgicale	FICAT
Clinique chirurgicale A et gynécologie	POULHES
Clinique chirurgicale B et du cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIE
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique ..	RIEUNAU
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique des maladies infectieuses	ARMENGAUD M.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique médicale de la première enfance	BARDIER
Clinique de neuro-chirurgie ..	LAZORTHES G.
Clinique neurologique et psychiatrique	GERAUD
Clinique obstétricale	PONTONNIER
Clinique odonto - stomatologique	CADENAT
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique de pneumo-phtisiologie	DELAUDE
Clinique rhumatologique	RUFFIE René
Accouchement et obstétricie sociale	MONROZIES
Anatomie	BASTIDE
Anatomie pathologique	FABRE Jacques
Anesthésie et Réanimation ..	LARENG Louis
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT
Biophysique médicale A	MM. AUVERGNAT
Biophysique médicale B	BRU
Chimie biologique	VALDIGUIE Paul
Electroradiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY Jean
Hématologie	RUFFIE Jacques
Histologie	BIMES
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	N...
Cardiologie clinique et expérimentale	CALAZEL
Hygiène et médecine sociale	MONNIER
Immunologie	DUCOS
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Pathologie médicale	RIBAUT
Physiologie	LAPORTE Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Sémiologie et clinique médicale	LAPORTE Jacqu.
Thérapeutique	DARNAUD

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et embryologie ..	MM. GUILHEM
Anatomie pathologique	BOUISSOU
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Histologie et embryologie	PLANEL
Oto-rhino-laryngologie	CLAUX
Pathologie médicale	BOULARD
Physiologie	MONTASTRUC
Physiologie	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY
Pneumo-phtisiologie	MIGUERES

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	M. FABRE Jean
Bactériologie - Parasitologie - Virologie	Mme LARENG M.-B.
Biochimie médicale	MM. VALDIGUIE Pre
Chirurgie générale	GEDEON
Chirurgie générale	SARRAZIN
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	ESCHAPASSE
Electroradiologie	PONS
Electroradiologie	ROULLEAU
Médecine générale et thérapeutique	BOLLINELLI
Médecine générale et thérapeutique	SUC
Ophtalmologie	DEODATI
Pédiatrie	DALOUS
Neurochirurgie	ESPAGNO Jcq.
Pédiatrie	REGNIER
Médecine générale	RIBET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Carcinologie	MM. ESTRADE
Médecine générale et Thérapeutique	BES
Médecine générale	ARLET Jacques
Dermatologie - Vénéréologie .	DUPRE
Thérapeutique	DENARD
Physiologie	GERAL J.-Pierre
Cardiologie	BOUNHOURE
Thérapeutique - Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	SALVADOR M.
Radiologie	COMBES Pierre
Pneumo-Phtisiologie	ALBAREDE J.-L.
Pédiatrie génétique médicale .	ROCHICCIOLI P.
Chirurgie générale	ESCAT Jean
Chirurgie générale	COSTAGLIOLA
Orthopédie - Traumatologie - Chirurgie Plastique et Reconstructive	UTHEZA Guy
Urologie	PONTONNIER F.
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	SOLEILHAVOUP
Biophysique	GUIRAUD Robert
Physiologie	PAGES Bernard
Parasitologie	LARROUY
Immunologie, Hématologie, Maladies du sang	BIERME Robert
Anatomie et organogénèse ..	JUSKIEWENSKI
Médecine interne	FEDOU Robert
Médecine générale	RASCOL

AGREGES

Médecine générale	LETALLEC
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Neurologie et Psychiatrie	GAYRAL
Chirurgie générale	GAUBERT
Ophtalmologie	BEC
Pathologie expérimentale	GLEIZES

AGREGES LIBRES

Chirurgie générale	MM. SOUQUET
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE
Obstétrique	ESPAGNO G.

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie	M. LABOUCARIE
Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU J.-P.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES AMIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse. Vous nous avez accueilli avec une extrême obligeance.

Nous voudrions vous témoigner par ce travail notre respectueuse admiration et notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES LAPORTE

Professeur de Séméiologie et de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux

La sollicitude et les marques d'intérêt que vous nous avez toujours témoignées nous ont profondément touché.

Votre dynamisme, votre enthousiasme et votre dévouement dans un art difficile sont pour nous un exemple.

Nous voudrions vous exprimer ici tout à la fois notre profond attachement et notre respectueux dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUISSOU

Professeur d'Anatomie Pathologique
Médecin Biologiste des Hôpitaux

Vous nous avez accueilli avec la plus aimable bienveillance. Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBET

Professeur de Médecine Générale
Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions vivement de nous avoir confié ce sujet de thèse et de nous avoir guidé dans son élaboration par vos conseils judicieux.

Vous nous faites le très grand honneur de nous compter parmi vos élèves.

Nous vous en gardons une profonde reconnaissance et un sincère et très respectueux attachement.

Cette thèse vous est tout particulièrement dédiée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FEDOU

Maître de Conférence Agrégé de Médecine Générale
Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez bien voulu accorder à ce travail et pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de le juger.

A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BESSOU
Professeur de Physiologie

Vous nous avez accordé votre amitié, encouragé et conseillé dans nos études.

Nous tenons à vous exprimer en cette occasion notre attachement reconnaissant.

MONSIEUR LE DOCTEUR SUDUCA

Vous nous avez accordé un temps précieux.

Vos conseils et votre bienveillante attention nous ont aidé tout au long de ce travail.

Nous vous en exprimons notre gratitude et nous vous prions d'accepter la dédicace de cette thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR RUMEAU

Par votre amabilité, votre délicatesse et vos conseils éclairés vous nous avez permis d'enrichir nos modestes connaissances d'Anathomie Pathologique. Nous vous exprimons notre reconnaissance.

MESSIEURS LES DOCTEURS DUFFAUT ET FREXINOS
Chefs de Clinique

Vous nous avez aidé de vos précieux conseils et de vos encouragements. Soyez assurés de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS

Nous vous remercions d'avoir accepté avec autant de bienveillance de prêter votre concours à la réalisation de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HOFFMAN ET MADAME

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre attachement et de notre gratitude.

AUX DOCTEURS FOURGEAU

Votre amitié et votre confiance nous sont particulièrement chères. Nous vous en exprimons notre sincère reconnaissance.

A CEUX DONT L'AIDE NOUS A ETE PRECIEUSE
AU COURS DE L'ELABORATION DE CETTE THESE :

LE PERSONNEL DE LA CONSULTATION D'ENDOSCOPIE,

LE PERSONNEL DU LABORATOIRE D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE,

LE PERSONNEL DU SECRETARIAT DE LA CLINIQUE
MEDICALE SUD.

PLAN

Introduction

Chapitre premier : *Intérêt de la confrontation des examens laparoscopiques et histologiques pour l'élaboration du diagnostic positif et la distinction des stades évolutifs des cirrhoses :*

I. Les foies à surface lisse
II. Les foies à surface remaniée
III. Association d'un cancer et d'une cirrhose
IV. Les hémochromatoses
V. Les processus cirrhotiques post-hépatitiques
VI. Valeur et discussion des méthodes d'exploration endoscopique et histologique dans les états post-cirrhotiques et cirrhotiques du foie.

Chapitre second : *Contribution des examens laparoscopiques et histologiques à l'étude étiologique des états pré-cirrhotiques et cirrhotiques du foie :*

I. Les critères étiologiques en laparoscopie et à l'histologie,
II. Confrontation des critères laparoscopiques et histologiques de diagnostic étiologique en fonction des différents aspects laparoscopiques de la surface hépatique.

Chapitre troisième : *L'évolutivité : étude comparative des données de la laparoscopie, de l'histologie, de la clinique et de la biologie pour l'appréciation du degré d'évolutivité des processus pré-cirrhotiques et cirrhotiques.*

I. Définition des critères d'évolutivité
II. Confrontation des critères d'évolutivité suivant l'étiologie des processus cirrhotiques considérés :
A — Les cirrhoses éthyliques
B — Les processus cirrhotiques post-hépatitiques d'origine virale.

Chapitre quatrième : *Valeur pronostique des examens laparoscopiques et histologiques.*

Conclusion

INTRODUCTION

Nous avons retenu pour cette étude 280 cas d'états pré-cirrhotiques et cirrhotiques qui ont fait l'objet d'une exploration laparoscopique et d'une analyse histologique. Nous avons éliminé 123 cas qui, pour des raisons que nous envisagerons par la suite, n'ont bénéficié que d'une exploration laparoscopique, celle-ci se révélant en faveur du diagnostic de cirrhose. L'ensemble de ces observations figure parmi les 1 080 examens effectués entre 1967 et 1970 dans le département d'Endoscopie de la Clinique Médicale Sud et au Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique. Nous n'avons conservé des états pré-cirrhotiques que les plus typiques, soit par leurs caractères macroscopiques, soit par leurs lésions histologiques, soit enfin par l'intérêt de la confrontation anatomo-histologique. Il nous a semblé, en effet, que l'intérêt et la valeur des deux méthodes mises en présence ne pouvaient être appréciés, objectivement, que par leur étude comparative stricte sans le secours des données de la clinique et de la biologie. Ces données ont, néanmoins, fait l'objet d'une confrontation avec les conclusions de la laparoscopie et de l'histologie dans l'appréciation du degré d'évolutivité et des possibilités de pronostic. Nous avons isolé de l'ensemble de notre analyse, l'étude des associations de cancer et de cirrhose dont le diagnostic est fréquemment énoncé dès l'examen laparoscopique, celle des hémochromatoses dont le diagnostic ne nous a pas toujours paru évident macroscopiquement, enfin celle des hépatites chroniques qui ne nous ont paru présenter aucun caractère morphologique spécifique.

De la confrontation des examens endoscopiques et histologiques, nous n'avons pas cherché à démontrer qu'une méthode nous semblait s'imposer aux dépens de l'autre, mais que chacune avait ses propres indications et ses propres limites et que, quoiqu'elles fussent souvent complémentaires, il n'était pas toujours indispensable de les associer.

Chapitre premier

INTERET DE LA CONFRONTATION DES EXAMENS LAPAROSCOPIQUE ET HISTOLOGIQUE POUR L'ELABORATION DU DIAGNOSTIC POSITIF ET LA DISTINCTION DES STADES EVOLUTIFS DES CIRRHOSES

La cirrhose est constituée de la somme des bouleversements structuraux engendrés au sein du parenchyme par un processus morbide, qui peuvent entraîner des remaniements morphologiques de surface. Le processus cirrhotique doit être envisagé dès le stade de stéatose ou de stéato-fibrose jusqu'à la mutilation sclérogène terminale.

L'intérêt d'une telle confrontation ne réside pas, en effet, uniquement dans la contribution qu'elle peut apporter à l'étude des cirrhoses évoluées dont le diagnostic est évident. Mais elle doit permettre une étude de tous les processus susceptibles d'évoluer vers la cirrhose et que l'on désigne sous le terme d'états précirrhotiques. Les hépatites alcooliques constituent le tableau précirrhotique le plus fréquemment rencontré. Elles constituent, comme le faisait remarquer Albot, le « début obligatoire de l'altération du foie par l'alcool, elles représentent tout ce qui n'est pas la cirrhose, mais qui peut cependant y mener ». De nombreux auteurs ont insisté sur le caractère évolutif et progressif du processus pré-cirrhotique vers son épanouissement final, mais non obligatoire, de cirrhose confirmée. Il nous a paru intéressant d'en démontrer le mécanisme car, selon l'expression de Costa, « le mécanisme d'un phénomène dynamique et évolutif doit être suivi à partir de son tout début, à ses stades successifs, en s'arrêtant dès que le phénomène a atteint sa maturité ».

Macroscopiquement, le foie dans lequel s'élabore un processus cirrhotique peut présenter des aspects différents, parfois mal définis, qui correspondent à des stades évolutifs différents.

Nous avons adopté en fonction des remaniements de la surface hépatique la classification anatomique suivante :

— Les foies à surface lisse :

- sans altération morphologique de structure et de coloration
- avec une coloration évoquant la stéatose
- avec une accentuation de la trame du réticulum de surface
- avec des éléments cicatriciels en dépression
- avec une réaction de périhépatite
- avec un aspect glacé.

— Les foies à surface remaniée :

- à surface chagrinée
- à surface granitée ou grumeleuse
- à surface vallonnée ou mamelonnée
- à surface micro-nodulaire
- à surface macro-nodulaire.

Le diagnostic de pré-cirrhose ou de cirrhose est élaboré à partir de ces notions de modification morphologique de la surface hépatique, dans sa trame et dans sa coloration, mais aussi sur des notions de volume et de consistance, le foie pouvant être atrophique ou hypertrophique, de consistance dure, ferme ou dépressible.

Nous allons reprendre successivement ces différents aspects macroscopiques et essayer de définir les relations qui peuvent exister entre les caractères macroscopiques et les lésions histologiques.

I. — LES FOIES A SURFACE LISSE

Nous en avons dénombré 46 cas.

Ces foies ont un aspect de surface normale ou très peu remaniée. Lisse en général, la surface hépatique peut être cependant légèrement modifiée dans son aspect par l'exagération de la trame lobulaire dessinant un réticulum blanchâtre, par la présence d'éléments cicatriciels ou par l'épaississement de la capsule de Glisson. Cet aspect nous paraît correspondre soit à un foie normal lorsqu'il n'existe pas le moindre remaniement, soit à une stéatose lorsque l'on peut voir une coloration claire, jaunâtre ou orangée, soit enfin à une fibrose débutante associée ou non à une stéatose. L'existence et l'association d'une stéatose sont révélées d'une part par la coloration de la surface hépatique, d'autre part par l'aspect du bord antérieur qui est généralement mousse.

L'étude de ces 46 cas nous a montré :

— 23 cas de concordance en faveur du diagnostic de stéatose, de fibrose débutante ou de stéato-fibrose au début et de cirrhose dans deux cas.

— 23 cas de discordance :

Nous allons envisager dans le détail les cas de concordance et de discordance en reprenant l'analyse des différents aspects macroscopiques :

A. — Les surfaces ne présentant aucune altération morphologique apparente de structure ou de coloration.

Dans 12 cas, le foie en laparoscopie nous a paru strictement normal et la coloration n'a pas attiré notre attention sur quelque anomalie que ce soit. Et cependant l'histologie nous a révélé la présence de lésions en décelant :

- une stéatose dans deux cas,
- une stéato-fibrose dans deux cas,
- un état cirrhotique dans 8 cas et, parmi ceux-ci, trois cirrhoses débutantes, une hémochromatose et quatre hépatites chroniques actives cirrhogènes présentant un aspect macroscopique strictement normal. Nous consacrerons au cours de cette étude un chapitre particulier à ces hépatites chroniques :

1° Stéatoses décelées par l'histologie : 2 cas

Observation n° 1 : M^me^ R..., 63 ans

— Laparoscopie : foie hypertrophié dans son ensemble avec un sillon du ligament rond profond. Mais sa coloration et sa surface sont normales.

— Histologie : stéatose hépatique abondante sans distorsion de l'architecture lobulaire.

2° Stéato-fibroses décelées par l'histologie : 2 cas.

Observation n° 2 : M^me^ C..., 79 ans

— Laparoscopie : foie de surface, de volume et de coloration normaux.

— Histologie : stéatose macro-vésiculaire diffuse à laquelle s'associent quelques images de nécrose hépatocytaire. Il existe une sclérose associée non mutilante. Stéato-fibrose.

3° Cirrhoses décelées par l'histologie : 8 cas

Nous avons eu ainsi la révélation d'un certain nombre d'hépatites chroniques évolutives cirrhogènes : 4 cas.

Observation n° 3 : M^me^ R..., 22 ans

— Laparoscopie : volume, coloration, surface normaux.

— Histologie : aspect typique d'hépatite chronique active. Anisocytose, petits foyers de nécrose parenchymateux avec réaction histiocytaire. Image de sclérose mutilante inflammatoire disséminée. Evolutivité évidente. Tendance sclérogène nettement affirmée.

Nous avons eu en outre la révélation d'une hémochromatose :

Observation n° 4 : M. P..., 43 ans

— Laparoscopie : foie de volume, de surface et de coloration normaux.

— Histologie : parenchyme peu modifié dans lequel il existe cependant de petits foyers nécrotiques isolés. Sclérose mutilante faite de plages assez étendues de collagène infiltrées d'éléments inflammatoires lympho-histiocytaires et entraînant la formation de très nombreux pseudo-canalicules biliaires. Surcharge ferrique considérable à la fois parenchymateuse et mésenchymateuse. Aspect d'hémochromatose.

Nous avons enfin pu constater l'existence de cirrhoses débutantes d'origine vraisemblablement éthylique : 3 cas.

Observation n° 5 : M^me^ B..., 39 ans

— Laparoscopie : foie très légèrement augmenté de volume, mais surface et coloration normales.

— Histologie : cirrhose en début d'évolution avec persistance de stéatose constituée.

B. — Nous devons envisager ensuite les *surfaces présentant certaines altérations morphologiques apparentes :* 34 cas :

— soit une modification de la coloration ;

— soit un léger remaniement de la surface par une exagération du réticulum par la présence de cicatrices scléreuses, par un épaississement capsulaire plus ou moins étendu.

Ces surfaces impliquent un certain nombre de cas de concordance et de discordance que nous avons analysés.

— Concordances : 23 cas se répartissant en :

- 16 cas de stéatose,
- 5 cas de fibrose ou de stéato-fibrose,
- 2 cas de cirrhose représentés l'un par un foie à surface glacée, l'autre par un foie à surface émaillée de cicatrices en dépression.

— Discordances : 11 cas. L'histologie affirme l'existence :

- d'une stéato-fibrose dans 4 cas,
- d'une cirrhose sur un foie d'aspect macroscopique de stéatose dans 3 cas, sur un foie de fibrose débutante associée à une stéatose dans 1 cas, niant dans un cas le diagnostic de fibrose, dans un autre cas celui de stéato-fibrose, dans un dernier cas celui de cirrhose.

Les altérations morphologiques nous ont permis d'évoquer soit :

1° Une coloration évoquant la stéatose qui peut être claire, jaune, chamois, orangée ou rose saumonnée.

— *Les concordances* sont très fréquentes : 16 cas.

Observation n° 6 : M^me^ B..., 30 ans

— Laparoscopie : très gros foie de coloration jaune beurre évoquant une stéatose massive.

— Histologie : stéatose hépatique massive ; foie dentelle.

Parfois, l'histologie montre un début de fibrose s'associant à la stéatose.

Observation n° 7 : M. B..., 35 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume. Couleur jaune, orangée. Surface lisse. Foie de stéatose typique.

— Histologie : stéatose hépatique très abondante et fibrose péri-lobulaire de caractère souvent inflammatoire.

— *Les discordances* presque aussi fréquentes méritent d'attirer notre attention : 7 cas.

a) La laparoscopie faisait évoquer une stéatose, l'histologie découvre une stéato-fibrose constituée : 4 cas. (Obs. n° 8).

b) La laparoscopie faisait évoquer une stéatose, l'histologie découvre une cirrhose débutante : 3 cas. (Obs. n° 9).

Observation n° 8 : M. T... Georges, 69 ans

— Laparoscopie : foie légèrement augmenté de volume, de couleur et d'aspect normaux, sans remaniement de surface. Cependant, au niveau du lobe droit, existence de deux ou trois taches blanc jaunâtre. Le ligament rond est d'aspect normal congestif.

— Histologie : parenchyme hépatique sans remaniement particulier si ce n'est une stéatose macro-vésiculaire très irrégulièrement répartie. A partir des espaces portes une sclérose dense très riche en cellules, s'est développée. Elle lance des cloisons dans le parenchyme, mais ne mutile pas jusqu'à la lobulation. Aspect de stéato-fibrose hépatique.

Observation n° 9 : M. P..., 46 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume. Surface lisse un peu orangée évoquant une surcharge stéatosique.

— Histologie : vésicules stéatosiques, mais il y a de plus des altérations cellulaires importantes évoquant une hépatite peut-être alcoolique : nécrose acidophile isolée, ballonnisation cellulaire, petit infiltrat de polynucléaires au voisinage de ces éléments altérés. On trouve par place une fibrose d'allure disséquante qui serait compatible avec un début de cirrhose.

2° Une exagération du réticulum : 5 cas.

— *Concordances :* quatre cas évoquent une fibrose débutante, associée ou non à une stéatose, impression confirmée dans quatre des cinq cas que nous avons rencontrés.

Observation n° 10 : M^me^ M..., 65 ans

— Laparoscopie : foie légèrement augmenté de volume, de surface remaniée par un dessin exagéré du réticulum de surface et quelques petits nodules de stéatose. Stéato-fibrose.

— Histologie : majoration fibreuse des espaces portes. Parenchyme sub-normal, faiblement stéatosique.

— *Discordance :* 1 cas.

Dans un cas, en effet, nous avons jugé qu'il s'agissait d'une discordance, l'aspect de fibrose débutante évoqué macroscopiquement n'étant pas confirmé par l'histologie qui montre seule l'existence d'une stéatose.

Observation n° 11 : M. B..., 66 ans

— Laparoscopie : gros foie remanié en surface avec dessin exagéré du réticulum de surface.

— Histologie : stéatose hépatique abondante à larges bulles et importante anisocaryose des hépatocytes. Espaces portes discrètement inflammatoires. Aucune évolution fibreuse.

La surface hépatique normalement lisse peut être légèrement modifiée par la présence de :

3° zones cicatricielles en dépression : nous en avons relevé un cas. Ces altérations sont généralement les témoins d'un processus cirrhotique nettement affirmé.

Observation n° 12 : M. T..., 43 ans

— Laparoscopie : gros foie de coloration claire, rendue irrégulière par la présence de nombreuses zones cicatricielles en dépression.

— Histologie : fibrose périlobulaire de type cicatriciel sans caractère inflammatoire avec ébauche de quelques nodules volumineux.

4° épaississement capsulaire : la péri-hépatite : 3 cas.

La surface hépatique peut être dans certains cas recouverte d'une gangue plus ou moins épaisse et plus ou moins étendue donnant au foie un aspect lisse et brillant qui le fait comparer, lorsque le processus est étendu à toute la surface, à un foie glacé. On parle alors de péri-hépatite.

Ce remaniement de la surface hépatique doit faire suspecter un processus de fibrose déjà avancé. La péri-hépatite constitue généralement le témoignage d'une gravité sous-jacente que ne laisse pas présager l'aspect de la surface hépatique. Elle constitue certainement un élément péjoratif. Nous avons observé un cas de concordance.

— *Concordance :* un cas.

Observation n° 13 : M. S...

— Laparoscopie : surface lisse, coloration claire. Péri-hépatite du lobe droit. Stéato-fibrose.

— Histologie : la stéatose est légèrement moins marquée que dans l'examen précédent. La fibrose des espaces portes n'est pas mutilante, mais l'on retrouve également de petits foyers histiocytaires avec transformation épithélioïde.

Nous avons pu observer en outre deux cas de *discordance.*

a) La laparoscopie pouvait faire évoquer une stéato-fibrose, l'histologie ne nous montre qu'une simple stéatose. (Obs. n° 14).

Observation n° 14 : M. R... Pierre, 58 ans

— Laparoscopie : foie de volume normal. Aspect de stéatose débutante avec une périhépatite.

— Histologie : infiltration stéatosique de moyenne abondance sans lésion inflammatoire et sans remaniement architectural.

b) La laparoscopie pouvait faire évoquer une stéato-fibrose, l'histologie nous révèle une cirrhose débutante. (Obs. n° 15).

Observation n° 15 : M. B..., 65 ans

— Laparoscopie : lobe gauche très volumineux. Léger remaniement de surface par un processus de périhépatite. Stéato-fibrose possible.

— Histologie : début de cirrhose avec remaniement important des espaces portes : sclérose, néogénèse biliaire, grignotage du parenchyme hépatique. Stéatose modérée.

5° Aspect de foie glacé : deux cas.

La péri-hépatite, nous l'avons vu, peut intéresser toute la surface hépatique à laquelle elle donne alors un aspect glacé. Ces foies glacés correspondent, au point de vue histologique, à des cirrhoses évoluées. Tout se passe comme si la gangue de périhépatite avait comblé et nivelé les dépressions entre les nodules cirrhotiques empêchant de voir les formations nodulaires. Ces foies sont généralement de petit volume. Nous avons observé un cas de concordance et un cas de discordance :

— *Concordance :* un cas.

Observation n° 16 : M^me^ C..., 58 ans

— Laparoscopie : foie de volume petit, de coloration plutôt pâle, de surface légèrement remaniée avec par endroits des plages blanchâtres glacées.

— Histologie : cirrhose micro-nodulaire à nodules irréguliers très mutilante. Pas de stéatose. Quelques images de nécrose éosinophile.

— *Discordance :* un cas.

En dépit de l'importance du fragment prélevé, nous n'avons pas eu dans un cas confirmation du diagnostic envisagé.

Observation n° 17 : M. D..., 65 ans

— Laparoscopie : foie petit. Surface remaniée, cirrhotique avec trame de surface donnant un aspect de foie glacé.

— Histologie : tissu hépatique normal sur l'ensemble du prélèvement (environ 15 lobules).

CONCLUSION

Les foies cirrhotiques dont la surface, en laparoscopie, nous est apparue lisse avec une simple variation de la coloration, correspondent à des foies de stéatose. S'il s'y ajoute simplement une exagération du réticulum de surface, ils correspondent à des fibroses débutantes. S'il existe un épaississement de la capsule hépatique, on peut le considérer comme le signe d'une fibrose déjà plus évoluée, parfois même d'une cirrhose suivant l'intensité et l'étendue de la péri-hépatite. La présence de cicatrices scléreuses, de même, est en faveur de l'existence d'un processus ancien et évolué. Les surfaces glacées enfin correspondent généralement à des cirrhoses évoluées.

La confrontation des résultats de la laparoscopie et de l'histologie nous montre l'existence d'une concordance dans la moitié des cas, l'histologie venant alors confirmer l'aspect laparoscopique. Une discordance se manifeste dans l'autre moitié des cas. Les discordances les plus nombreuses et les plus importantes, au nombre de douze, sont liées à la découverte d'une stéatose, d'une fibrose ou d'une cirrhose à la ponction-biopsie de foies qui macroscopiquement nous paraissaient normaux. Or, il s'agissait dans ces cas de foies ayant entraîné des manifestations cliniques et biologiques. Cela nous démontre que lorsque la clinique et la biologie sont perturbées, nous orientant vers une atteinte hépatique, il ne faut pas se contenter d'un simple examen laparoscopique.

Il faut y associer une ponction-biopsie du foie. Parmi les lésions plus évoluées à l'histologie qu'à la laparoscopie, ceci est surtout vrai lorsqu'on est en présence d'hépatite chronique active. Aussi, dans ces cas, faut-il absolument compléter la laparoscopie d'une ponction-biopsie.

II. — LES FOIES A SURFACE REMANIEE

A. — Les foies a surface chagrinée

Nous en avons dénombré 30 cas.

La surface n'est plus lisse, elle est un peu remaniée, présentant de légères irrégularités. Elle apparaît plissée, fripée, telle une peau de chagrin.

Cet aspect laparoscopique évoque le plus souvent une fibrose déjà plus évoluée, associée ou non à une stéatose, parfois une cirrhose débutante.

Parmi nos 30 cas, nous avons relevé :

— 21 cas de concordance

— 9 cas de discordance.

Concordances : 21 cas.

1° *L'étude histologique montrait une fibrose ou une stéato-fibrose débutantes dans 14 cas.*

a) une fibrose :

Obs. n° 18 : M. G..., 67 ans

— Laparoscopie : surface légèrement remaniée, chagrinée.

— Histologie : majoration fibreuse sans mutilation lobulaire.

b) une stéato-fibrose :

Obs. n° 19 : M. F..., 50 ans

— Laparoscopie : seul le lobe gauche est visible. Il est de coloration pâle, augmenté de volume. La surface est lisse en général, d'aspect chagriné par endroit. Son aspect est typique d'un foie de stéato-fibrose.

— Histologie : Stéatose macrovésiculaire diffuse accompagnée d'une sclérose non mutilante et paraissant peu évolutive, développée à partir des espaces portes. Stéato-fibrose avec très discrète hépato-sidérose.

Parfois l'histologie montre, associée à la fibrose une stéatose, alors que l'aspect du foie était simplement chagriné et que la coloration n'attirait pas l'attention.

Obs. n° 20 : M^me^ M..., 71 ans

— Laparoscopie : foie globalement augmenté de volume. Aspect subnormal, mise à part la portion du lobe droit contre le ligament rond qui a un aspect un peu chagriné.

— Histologie : stéatose macrovésiculaire parcellaire systématisée. Ces images sont rares et ne s'accompagnent pas d'hyperplasie mésenchymateuse au niveau des sinusoïdes. Sclérose collagène dense des espaces portes, sans tendance mutilante. Stéatofibrose en cours d'évolution.

2° *L'étude histologique montrait dans 7 autres cas une cirrhose.*

a) La présence de certains éléments associés tels qu'une ascite, telle que la coloration sombre ou grisâtre de la surface hépatique, telle que l'hypervascularisation du ligament rond ou du péritoine pariétal, nous ont orientés vers le diagnostic de cirrhose et non simplement vers celui de fibrose : 3 cas.

Obs. n° 21 : M. C..., 70 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume. Sa surface est de couleur grisâtre, d'aspect chagriné, mais très suspect de cirrhose. Le ligament rond est hypervascularisé.

— Histologie : parenchyme hépatique d'aspect cirrhotique avec des lésions involutives des hépatocytes et une sclérose mutilante aboutissant à une nodulation.

b) Bien que peu remaniée, la surface hépatique nous faisait également évoquer une cirrhose dans le cas suivant :

Obs. n° 22 : M. B..., 40 ans

— Laparoscopie : ascite sérofibrineuse. Foie très augmenté de volume, congestif, de coloration sombre, de surface discrètement chagrinée. Aspect de cirrhose associée à un foie cardiaque ou de surcharge.

— Histologie : aspect de cirrhose non stéatosique. Anisocytose importante avec des ballonnisations cytoplasmiques et de très fréquentes dégénérescences granuleuses éosinophiles, prenant l'aspect de corps de Mallory. Les bandes de sclérose irrégulières, mutilent ce parenchyme. Absence d'hépatosidérose.

c) *L'existence d'ébauches nodulaires nous a paru constituer aussi un argument en faveur d'une cirrhose débutante :* 1 cas.

Obs. n° 23 : M. L..., 67 ans

— Laparoscopie : gros foie de surface remaniée, chagrinée, avec ébauche de nodules cirrhotiques mais avec une coloration orangée très évocatrice de surcharge stéatosique.

— Histologie : Stéatose hépatique avec fibrose inflammatoire très intense à évolution mutilante. Il y a dans les travées inflammatoires un petit nombre de foyers épithélioïdes.

d) *La coloration rouille évoquait dans 2 cas l'existence d'une hémochromatose que l'histologie confirme.*

Obs. n° 24 : M. S..., 38 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume, de surface remaniée par un discret processus de fibrose et de coloration rouille, tacheté sur toute sa surface.

— Histologie : Sclérose. Cirrhose. Surcharge ferrique importante des hépatocytes des cellules de Kupffer et de la sclérose. sclérose.

Discordances : 9 cas.

1° *5 cas — L'étude histologique montre des lésions encore moins évoluées :*

— 1 foie normal

— 3 foies de stéatose simple

— 1 foie de stéato-fibrose

a) *La laparoscopie évoquait un processus fibreux, l'histologie révèle un foie normal :* 1 cas.

Obs. n° 25 : M^me^ D..., 62 ans

— Laparoscopie : foie remanié. Bord antérieur tranchant. Surface remaniée, fortement chagrinée. Fibrose débutante.

— Histologie : Architecture lobulaire normale. Stéatose discrète.

b) *La laparoscopie évoquait un processus fibreux, l'histologie révèle un foie simplement stéatosique :* 3 cas.

Obs. n° 26 : M. B...

— Laparoscopie : foie augmenté de volume, de surface peu remaniée, discrètement chagrinée, évoquant une fibrose au début.

— Histologie : stéatose hépatique abondante avec très forte sidérose parenchymateuse et Kupfferienne. Pas de fibrose notable. Quelques espaces portes sont discrètement inflammatoires.

c) *La laparoscopie évoquait par la présence d'ébauches de nodules, une cirrhose débutante, l'histologie montre stéato-fibrose sans tendance mutilante :* 1 cas.

Obs. n° 27 : M^me^ A..., 71 ans

— Laparoscopie : lobe gauche très remanié avec surface chagrinée et ébauche de nodules. Quelques pseudo-vésicules.

— Histologie : Stéatose macrovésiculaire parcellaire. On trouve des signes d'hépatite associant une ballonnisation diffuse des hépatocytes avec quelques images de nécrose, une hyperplasie Kupfférienne diffuse et des infiltrations inflammatoires lympho-histiocytaires en petits amas dans la sclérose limitée à la région péricentrolobulaire et aux espaces portes.

2° *4 cas — l'étude histologique montre des lésions plus évoluées* (sclérose mutilante et ébauche nodulaire dans certains cas).

Ob. n° 28 : M. B...

— Laparoscopie : surface hépatique légèrement remaniée, chagrinée, évoquant une sclérose débutante.

— Histologie : fibrose péri-lobulaire avec mutilation lobulaire débutante et ébauche nodulaire dans certains territoires, présence de petits infiltrats inflammatoires au niveau des espaces de Disse. Aucune stéatose.

CONCLUSION

L'aspect laparoscopique d'un foie à surface chagrinée correspond pour nous à une fibrose ou à une stéato-fibrose. Effectivement la concordance a été parfaite entre les données de la laparoscopie et celles de l'histologie dans 14 cas. En revanche, dans 7 cas, ce même aspect, du fait de l'association de certains autres signes laparoscopiques, nous a fait conclure à une cirrhose plus évoluée et l'histologie a été concordante. Les discordances représentent près du tiers des cas. Le plus souvent les lésions histologiques sont alors moins évoluées.

B) Les foies a surface vallonnée

Nous en avons observé 43 cas.

Le foie est plus fortement remanié que dans les cas précédents. Il présente de larges ondulations dont peuvent naître des

ébauches nodulaires. Lorsqu'il existe un vallonnement simple, cet aspect nous fait évoquer le diagnostic de fibrose ou de stéato-fibrose à un stade un peu plus évolué. Lorsque le vallonnement est plus accentué il semble correspondre à une cirrhose au début. Lorsqu'enfin ce vallonnement ébauche des nodules il nous fait évoquer le diagnostic de cirrhose déjà évoluée.

Parmi ces 43 cas se trouvaient :

— 22 cas de concordance

— 21 cas de discordance.

Nous allons répartir ces foies à surface vallonnée en deux groupes :

— foies à surface vallonnée sans ébauche de nodules

— foies à surface vallonnée avec ébauche de nodules.

1° *Les surfaces vallonnées sans ébauche de nodules : 32 cas. Concordances :* 16 cas.

a) L'étude histologique montre une fibrose dans trois cas.

Obs. n° 29 : M. L..., 68 ans

— Laparoscopie : foie très hypertrophié, de surface vallonnée évoquant une fibrose débutante.

— Histologie : le parenchyme est peu modifié sur ce prélèvement hépatique où l'on note de petits foyers de sclérose limitée riches en cellules, mais sans grande tendance mutilante. Aspect de sclérose hépatique à un stade initial.

b) *L'étude histologique montre une stéato-fibrose dans 4 cas.*

Obs. n° 30 : M^me^ M..., 41 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume globalement. Surface vallonnée. Couleur jaune chamois, caractéristique de stéatose. Stéato-fibrose.

— Histologie : Stéatose hépatique très abondante, massive, dans certains territoires et fibrose périlobulaire peu évoluée, localement inflammatoire.

c) *L'étude histologique montre une cirrhose dans 9 cas.*

Dans tous ces cas existe un élément qui permet d'affirmer le diagnostic, soit l'accentuation du vallonnement, soit la présence de pseudo-vésicules, qui sont en faveur d'une cirrhose déjà évoluée.

Obs. n° 31 : M^me^ R..., 58 ans

— Laparoscopie : seul le lobe gauche est visible, très remanié, rougeâtre et mamelonné.

— Histologie : cirrhose d'évolution avancée avec important morcellement des lobules. Stéatose modérée.

Discordances : 16 cas.

a) *8 cas — L'étude histologique montre des lésions non évoluées :*

— 4 foies normaux ;

— 2 foies de stéatose ;

— 2 foies de stéato-fibrose.

La laparoscopie évoquait une stéato-fibrose, l'histologie découvre un foie normal : 3 cas.

Obs. n° 32 : M. G..., 73 ans

— Laparoscopie : foie légèrement augmenté de volume. Surface remaniée au niveau des deux lobes par un processus fibreux et par des dépressions et vallonnements. Stéato-fibrose.

— Histologie : foie normal. Pas de modification des hépatocytes. Pas de sclérose. Pas de multiplication des cellules de Kupffer.

La laparoscopie faisait évoquer une stéato-fibrose ou une fibrose, l'histologie ne montre qu'une stéatose : 2 cas.

Obs. n° 33 : M. P..., 67 ans

— Laparoscopie : seul le lobe gauche a pu être vu. Remanié, mamelonné, clair, de stéato-fibrose.

— Histologie : stéatose hépatique assez abondante sans remaniement de l'architecture lobulaire.

La laparoscopie évoquait un foie cirrhotique : 3 cas.

Lhistologie montre une stéato-fibrose : 2 cas.

Obs. n° 34 : M^me^ R..., 69 ans

— Laparoscopie : ascite. Foie grisâtre de surface nettement vallonnée, de bord antérieur tranchant. Aspect de cirrhose évoluée. Nombreuses pseudo-vésicules sur le lobe droit.

— Histologie : stéatose hépatique abondante et fibrose périlobulaire modérée. Le parenchyme est généralement hyperplasique.

Dans un autre cas, l'histologie découvre une hyperplasie conjonctive fibrillaire.

Obs. n° 35 : M^me^ V..., Claudine

— Laparoscopie : hépatomégalie très importante prédominant sur le lobe droit. Remaniement de la surface typique de cirrhose (surface vallonnée, pâle, irrégulière) sur les deux lobes, en particulier à gauche.

— Histologie : hyperplasie conjonctive fibrillaire diffuse périlobulaire et intra-lobulaire, sans infiltration inflammatoire. Hépatocytes sensiblement normaux.

b) *7 cas — L'étude histologique montre des lésions plus évoluées.*

La laparoscopie évoquait un processus fibreux, l'histologie découvre des images de cirrhose débutante : 1 cas.

Obs. n° 36 : M. C..., 55 ans

— Laparoscopie : foie hypertrophié, remanié, vallonné de fibrose. Périhépatite blanchâtre sur le lobe gauche.

— Histologie : infiltration inflammatoire lymphocytaire modérée du tissu conjonctif des espaces portes et majoration fibreuse évoluant en quelques points vers la cirrhose périlobulaire.

La laparoscopie évoquait un processus fibreux, l'histologie découvre des images de cirrhose pigmentaire : 1 cas.

Obs. n° 37 : M. B..., 67 ans

— Laparoscopie : hépatomégalie globale. Coloration claire n'évoquant pas un aspect chromatosique. Léger remaniement de la surface par quelques vallonnements.

— Histologie : cirrhose pigmentaire. Très abondante sidérose parenchymateuse, canaliculaire et Kupfférienne dans tous les prélèvements. Cirrhose annulaire peu mutilante à nodules volumineux. Pas de stéatose.

La laparoscopie montrait une surface un peu vallonnée évoquant une fibrose, l'histologie met en évidence une hépatite chronique active cirrhogène : 3 cas.

Obs. n° 38 : M. G..., 46 ans

— Laparoscopie : foie un peu augmenté de volume, de coloration normale, de surface sensiblement normale, très discrètement remaniée, un peu vallonnée.

— Histologie : aspect d'hépatite chronique très évoluée nettement cirrhogène. On ne retrouve pas de nécrose parenchymateuse très importante, mais le tissu collagène néoformé s'accompagne d'une infiltration lymphohistiocytaire abondante.

La laparoscopie montrait une surface nettement vallonnée évoquant une fibrose plus évoluée, l'histologie décrit une cirrhose post-hépatitique : 2 cas.

Obs. n° 39 : M. B..., 35 ans

— Laparoscopie : foie de volume et de coloration normaux. Les deux lobes ont une surface remaniée par un vallonnement nettement plus important sur le lobe droit.

— Histologie : parenchyme remanié. On trouve des images de nécrose disséminée avec de petits foyers lymphohistiocytaires associés à une portite scléreuse très riche elle aussi en éléments inflammatoires. Une sclérose très fine dissèque le parenchyme et donne des images micro et macronodulaires. L'aspect général de cette hépatite chronique encore active est en faveur d'une cirrhose post-hépatitique en cours de constitution.

c) *1 cas — L'étude histologique découvre une lésion de nature différente.*

Obs. n° 40 : M. C..., 71 ans

— Laparoscopie : foie pâle, augmenté de volume dans son ensemble, de surface vallonnée, à bord antérieur tranchant et scléreux. Cirrhose hypertrophique.

— Histologie : très forte majoration des espaces portes par un infiltrat granulomateux polymorphe qui pourrait être Hodgkinien.

Nous envisageons séparément les foies présentant des ébauches nodulaires :

2° *Les surfaces vallonnées avec ébauche de nodules : 11 cas.*

Concordances : 6 cas.

a) L'étude histologique confirme la cirrhose suspectée à la laparoscopie. Il s'agit dans ces cas de cirrhoses généralement évoluées : 5 cas.

Obs. n° 41 : M. A..., 20 ans

— Laparoscopie : seul le lobe gauche en entier et une petite partie du lobe droit sont visualisés. La surface est claire

largement vallonnée avec ébauche de gros nodules. Aspect de cirrhose. Le ligament rond est congestif, très hypervascularisé.

— Histologie : prélèvement très morcelé ayant porté sur un parenchyme remanié par des bandes de sclérose d'une cirrhose très mutilante. Cette sclérose isole des hépatocytes en donnant des images pseudo canaliculaires. Absence de stéatose et de toute infiltration inflammatoire associée.

b) L'étude histologique confirme bien la cirrhose suspectée à la laparoscopie sur l'aspect vallonné avec ébauche de nodules, mais elle ne confirme pas le diagnostic d'hémochromatose suggéré par la coloration particulière du foie : 1 cas.

Obs. n° 42 : M^me^ V... Léonie, 66 ans

— Laparoscopie : foie globalement augmenté de volume, surface de couleur rouille franchement remaniée avec ébauche de quelques nodules. Aspect de foie de surcharge et de sclérose compatible avec le diagnostic d'hémochromatose.

— Histologie : pas de surcharge ferrique dans cette ponction biopsie qui montre cependant des remaniements hépatiques importants. Il y a en premier lieu une cirrhose nette avec de larges bandes de sclérose divisant le parenchyme, sans phénomène dégénératif ou stéatosique asssocié. Les travées scléreuses ne renferment pas d'infiltration inflammatoire. On observe d'autre part de nombreux petits foyers de nécrose parenchymateuse unicellulaire centrant une accumulation de polynucléaires. Ces phénomènes nécrotiques sont trop importants pour être assimilés à des corps de Mallory. Ils évoquent davantage une hépatite toxique iatrogénique.

Discordances : 5 cas.

L'étude histologique ne confirme pas la suspicion d'une cirrhose sur l'aspect vallonné et l'ébauche nodulaire : 5 cas.

L'histologie montre en effet dans ces cas des lésions moins évoluées :

— 1 hépatite chronique non cirrhogène ;

— 4 stéatofibroses.

Obs. n° 43 : M. B..., 61 ans

— Laparoscopie : foie de volume sensiblement normal, de surface déformée par un large vallonnement ébauchant de gros nodules de cirrhose.

— Histologie : Lésions d'hépatite chronique sans processus cirrhogène affirmé. Le parenchyme est le siège de plusieurs petits foyers de nécrose hépatocellulaire, entourés de quelques éléments inflammatoires, polynucléaires et lymphocytes. Les espaces portes sont modérément densifiés et contiennent de volumineux nodules lymphoïdes sans néocanalicules biliaires, ni sclérose disséquante.

En d'autres circonstances, en dépit d'une surface fortement remaniée, l'histologie peut se montrer moins pessimiste que la laparoscopie.

Obs. n° 44 : M. C..., 50 ans

— Laparoscopie : seul le lobe gauche est visible, adhérent en partie au péritoine pariétal. Sa surface est très remaniée, vallonnée avec ébauche de nodules. Quelques taches jaunâtres évoquent la stéatose.

— Histologie : tissu hépatique fortement stéatosique avec majoration fibreuse discrète des espaces portes.

CONCLUSION

Ces foies à surface vallonnée, si le vallonnement est peu accentué, correspondent à des états de fibrose et de stéato-fibrose plus ou moins évolués. Dans certains cas si le vallonnement est très accusé ils font évoquer des cirrhoses constituées. Enfin s'il apparaît des ébauches de nodules il s'agit généralement de cirrhoses très évoluées. Le nombre des discordances est sensiblement égal à celui des concordances. Ces discordances sont en partie constituées par des processus cirrhotiques d'origine virale qui, à un stade de remaniement déjà évolué, conservent un aspect macroscopique vallonné anonyme et trompeur. Donc la laparoscopie seule est insuffisante dans ces cas. Il faut également noter que l'histologie peut découvrir des foies normaux ou de stéato-fibrose peu évoluée alors que la laparoscopie montrait des surfaces nettement vallonnées avec parfois des ébauches nodulaires. La ponction biopsie seule dans ce cas aurait donc été insuffisante.

C. — Les foies a surface granitée.

De rencontre peu fréquente, il nous a été donné d'en voir 13. La surface hépatique granitée a un aspect grumeleux fait de micro-irrégularités dont la taille n'est pas plus grande que

celle d'un grain de mil. C'est en vision rapprochée que cet aspect grumeleux nous a paru le plus évident. Cet aspect macroscopique correspond à des processus de fibrose intense ou de cirrhose déjà évoluée selon l'importance du remaniement et l'existence de modifications morphologiques associées.

L'étude de nos 13 cas nous a permis de constater :

— 8 cas de concordance dont 4 en faveur d'une fibrose et d'une stéato-fibrose et 4 en faveur d'une cirrhose.

— 5 cas de discordance

- dans trois cas l'histologie montre des lésions moins évoluées, ou l'absence de lésions, mettant en évidence des foies normaux ;
- dans deux cas l'histologie montre des lésions plus évoluées de cirrhose.

Concordances : 8 cas.

1° *L'histologie est en faveur d'une fibrose :* 1 cas.

Obs. n° 45 : M. P..., 59 ans

— Laparoscopie : seul le lobe gauche a été vu. Sa surface est finement granitée avec une capsule blanchâtre un peu épaisse. Elle ne présente pas d'ébauche de nodule.

— Histologie : sclérose hépatique non mutilante faite d'un collagène dense sans accompagnement de cellules inflammatoires. Il n'existe pas de souffrance parenchymateuse évidente, sclérose hépatique pure.

2° *L'histologie confirme l'existence d'une stéato-fibrose :* 3 cas.

Obs. n° 46 : M^{me} P..., 73 ans

— Laparoscopie : Foie augmenté de volume, grumeleux avec grains chamois. Stéatose avec fibrose.

— Histologie : infiltration stéatosique abondante de topographie périlobulaire prédominante et majoration fibreuse des espaces portes.

3° *L'histologie — enfin confirme la suspicion d'une cirrhose :* 4 cas.

L'aspect granité associé à une hypervascularisation du ligament rond et du péritoine pariétal, plaidant en faveur d'une cirrhose :

Obs. n° 47 : M^me^ L..., 48 ans

— Laparoscopie : foie un peu pâle très discrètement remanié en surface qui est d'aspect granité. Péritoine pariétal et ligament rond très vascularisés.

— Histologie : stéato-fibrose macrovasculaire parcellaire sans topographie élective. Le tissu conjonctif des espaces portes est très augmenté et riche en cellules inflammatoires, il n'a pas toujours une tendance mutilante, mais il est cependant cirrhogène sur certaines plages.

Discordances : 5 cas.

1° *L'histologie montre des lésions moins évoluées ou l'absence de lésion :* 3 cas.

Obs. n° 48 : M. T..., 76 ans

— Laparoscopie : ascite hémorragique. Le lobe gauche est atrophié, très remanié en surface par un processus de sclérose intense, donnant un aspect granité. Présence de pseudo-vésicules. Ligament rond turgescent très hypervascularisé.

— Histologie : pas de remaniement de type cirrhotique sur ce prélèvement, pourtant assez volumineux. Architecture lobulaire conservée. Stéatose discrète et cytosidérose.

2° *L'histologie montre des lésions plus évoluées :* 2 cas.

L'aspect granité simple et la coloration pâle faisaient évoquer dans ce cas une stéato-fibrose.

Obs. n° 49 : M^me^ C..., 46 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume. Sa surface est pâle, irrégulière, aspect granité de stéato-fibrose.

— Histologie : stéatose macro-vésiculaire quasi diffuse. Travées de fibrose fines, disséquantes, isolant des amas d'hépatocytes. Ilots cellulaires de taille petite et irrégulière. Le point de départ des travées fibreuses et difficile à préciser. Cirrhose très probablement d'origine éthylique.

CONCLUSION

Les surfaces d'aspect granité sont encore la traduction de processus de fibrose souvent intense, parfois de cirrhoses déjà évoluées. Les discordances représentent près de la moitié des cas

envisagés. C'est bien là la preuve qu'il s'agit d'un état de transition posant des problèmes de diagnostic de stade évolutif. Là aussi, la confrontation des données laparoscopiques et histologiques est indispensable pour connaître réellement l'état d'un foie à surface granitée.

D. — Les foies a surface micronodulaire : 101 cas.

De petits nodules de la taille d'une lentille à celle d'un grain de maïs, réguliers, plus ou moins serrés, recouvrent uniformément la surface hépatique. Lorsqu'ils sont bien individualisés ils peuvent réaliser un aspect de foie clouté. A ce remaniement de surface se trouve souvent associée une coloration évocatrice de stéatose intéressant toute la surface hépatique ou simplement les nodules qui la déforment.

La répartition des cas rencontrés est la suivante :

— 93 cas de concordance,

— 8 cas de discordance.

Les concordances : nous avons noté dans un certain nombre de cas la présence d'éléments associés tels qu'une coloration particulière, des pseudo-vésicules, une périhépatite.

1° Il existe assez souvent une coloration stéatosique associée au remaniement micronodulaire : 17 cas.

Obs. n° 50 : M. M..., 30 ans, éthylique

— Laparoscopie : surface de coloration chamois avec micronodules jaunâtres de stéatose associée à une cirrhose.

— Histologie : cirrhose annulaire à petits nodules avec infiltration stéatosique parenchymateuse abondante. Travées de fibrose, très larges, denses, riches en néocanalicules peu inflammatoires.

2° Il est assez fréquent de même que l'on découvre des pseudo-vécicules qui constituent un argument supplémentaire en faveur d'un stade évolué : 10 cas.

Obs. n° 51 : M. S..., 53 ans

— Laparoscopie : surface nodulaire avec des pseudo-vésicules. Ligament rond hypercongestif. Liquide d'ascite.

— Histologie : cirrhose micronodulaire très évoluée.

3° Une capsulite associée au remaniement micronodulaire nous a paru constituer un élément péjoratif : 4 cas.

Obs. n° 52 : M^me^ D..., 57 ans

— Laparoscopie : foie très augmenté de volume dans son ensemble. Surface remaniée par des nodules de petite taille. Capsulite marquée.

— Histologie : cirrhose très évoluée. Stéatose macrovésiculaire, parcellaire. Sclérose mutilante très inflammatoire déterminant la formation de très nombreuses images pseudo-canaliculaires.

4° Une hémochromatose peut être évoquée par la coloration de la surface hépatique : 4 cas.

Obs. n° 53 : M^me^ L..., 69 ans

— Laparoscopie : foie de surface remaniée, nodulaire. Couleur du foie ardoisée, compatible avec le diagnostic d'hémochromatose.

— Histologie : surcharge ferrique associée à une fibrose intense lobulaire. Pas de stéatose. Hémochromatose.

5° Les autres cas considérés ne comportaient pas de modifications morphologiques associées au remaniement micronodulaire. Cependant l'histologie nous a révélé l'existence de processus précirrhotiques ou cirrhotiques par hépatite que ne laissait pas présager l'aspect macroscopique dans 5 cas. La première de nos observations concerne une hépatite chronique cirrhogène très évoluée.

Obs. n° 54 : M^me^ G..., 60 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume globalement, de coloration un peu sombre, dont la surface est remaniée dans son ensemble de micronodules de type cirrhotique.

— Histologie : hépatite cirrhogène très mutilante, encore franchement évolutive comme le montre la présence dans les bandes de sclérose et même en plein parenchyme de très nombreuses cellules inflammatoires avec prédominance histiocytaire. Conséquence d'une hépatite chronique active ?

Notre deuxième observation nous montre l'existence d'une cirrhose post-hépatitique vraisemblablement post-transfusionnelle chez un éthylique.

Obs. n° 55 : M. L..., 67 ans

— Laparoscopie : foie un peu diminué de volume, de surface remaniée de type cirrhotique. Capsulite notable.

— Histologie : parenchyme très remanié par une sclérose inflammatoire mutilante. Formation de très nombreuses pseudo-canalicules biliaires. Absence de nécrose parenchymateuse. Infiltrats lympho-histiocytaires. Aspect de cirrhose post-hépatitique.

Les discordances : elles sont peu nombreuses. En effet dans huit cas la ponction biopsie du foie ne confirme pas l'impression de cirrhose évoluée découverte par la laparoscopie. L'histologie montre alors un tissu hépatique sans grandes modifications architecturales avec une stéatose simple, une fibrose ou une stéato-fibrose. On est tenté dans ces cas, d'accorder volontiers plus de crédit aux affirmations de l'examen laparoscopique qu'à celles de l'analyse histologique lorsqu'elle nous répond foie de stéatose ou foie de fibrose.

1° L'histologie montre l'existence d'une stéatose : 2 cas.

Obs. n° 56 : M. V...

— Laparoscopie : foie atrophique de cirrhose évoluée de type Laennec, de surface cloutée avec nodules serrés.

— Histologie : discrète stéatose macrovésiculaire parcellaire et non systématisée.

2° L'histologie montre l'existence d'une fibrose : 3 cas.

Obs. n° 57 : M. C..., 69 ans

— Laparoscopie : foie un peu augmenté de volume. Couleur pâle. Pas de signe de cholostase. Surface remaniée par des nodules de petite taille répartis sur tout le foie.

— Histologie : fibrose périlobulaire en larges travées contenant quelques néocanalicules.

3° L'histologie montre l'existence d'une stéato-fibrose : 3 cas.

Obs. n° 58 : M. B..., 36 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume avec existence de quelques travées de fibrose limitant des micronodules. Ligament rond turgescent.

— Histologie : infiltration stéatosique à larges bulles d'intensité modérée avec majoration fibreuse péri-lobulaire. Pas d'infiltration inflammatoire. Cytosidérose assez abondante parenchymateuse et kupfférienne.

CONCLUSION

L'aspect laparoscopique très remanié, micronodulaire, ne peut prêter à confusion. Il correspond bien à des formes de cirrhoses à un stade évolué. Cet aspect macroscopique est si évocateur du diagnostic de cirrhose et de son degré d'évolution que dans un grand nombre de cas, 28 au total, que nous avons exclus de notre travail, la ponction biopsie du foie a été jugée superflue. Les résultats de la confrontation de la laparoscopie et de l'histologie dans nos cent-un cas suffit à justifier cette attitude.

Dans une faible proportion de cas, l'histologie n'a pas montré de lésions cirrhotiques évoluées, mais il est évident qu'en l'absence de confirmation histologique on accordera plus de crédit aux constatations de la laparoscopie qu'à celles de l'histologie. En effet l'étude d'un fragment très limité de parenchyme hépatique peut avoir moins de valeur que l'examen laparoscopique de l'ensemble de la surface hépatique. Ainsi, d'une manière générale, l'examen laparoscopique nous a paru suffisant, cependant il nous paraît intéressant de connaître l'histologie chez des malades dont les manifestations cliniques et biologiques sont en faveur d'un processus cirrhotique post-hépatitique.

E. — Les foies a surface macronodulaire : 47 cas.

Chez 47 de nos malades, la surface hépatique nous a paru très remaniée, déformée par des nodules de taille variable de la grosseur d'une cerise à celle d'une prune, souvent inégaux et répartis de façon irrégulière pouvant à l'extrême donner au foie un aspect de foie pomme de terre. Cet aspect évoque une cirrhose évoluée.

Parmi ces 47 cas, nous avons distingué :

— 36 cas de concordance,

— 11 cas de discordance.

Les concordances : 36 cas.

a) La laparoscopie montrait une surface hépatique d'aspect macronodulaire banal : 24 cas.

Obs. n° 59 : M. S..., 48 ans

— Laparoscopie : foie très déformé par des nodules cirrhotique bien dessinés et plutôt volumineux.

— Histologie : cirrhose avec sclérose péri-intra-lobaire.

Infiltration inflammatoire diffuse et image associée d'hépatite ; cirrhose méta-ictérique probable.

b) La présence d'une capsulite nous a paru correspondre à une cirrhose très évoluée : 2 cas.

Obs. n° 60 : M^me^ C..., 65 ans

— Laparoscopie : foie de volume et de coloration normaux dont la surface est remaniée par des nodules de taille variable. En outre, au niveau du lobe gauche, capsulite très intense. Cirrhose post-hépatique.

— Histologie : parenchyme souvent ballonnisé, infiltré d'éléments inflammatoires. Hyperplasie mésenchymateuse diffuse. Absence de nécrose. Fibrose mutilante riche en éléments lympho-plasmocytaires. Nombreux pseudo-canalicules. L'origine post-hépatique est à retenir.

c) La laparoscopie montrait une surface hépatique d'aspect macronodulaire très remanié : foie pomme de terre : 7 cas.

Obs. n° 61 : M^me^ D..., 70 ans

— Laparoscopie : foie globalement augmenté de volume, remanié en surface par des nodules de grosse taille. Foie de pomme de terre typique.

— Histologie : les images de souffrance parenchymateuse sont assez discrètes et l'on ne retrouve que quelques très rares foyers de nécrose bien que l'infiltration lympho-hystiocytaire modérée soit cependant assez diffuse. Par contre, l'organe est mutilé par une sclérose disséquante irrégulière et inflammatoire correspondant déjà à une image post-hépatitique.

d) L'histologie fait parfois évoquer une cirrhose éthylique : 3 cas.

Obs. n° 62 : M. S..., 71 ans

— Laparoscopie : cirrhose à nodules du volume d'une noisette déprimant la surface du foie. Ligament rond vascularisé et sur le péritoine pariétal hypertension portale débutante.

— Histologie : parenchyme profondément modifié par une stéatose macrovésiculaire, de nombreux infiltrats localisés de lymphocytes et une sclérose mutilante extensive hypovascularisée. Aspect de cirrhose éthyle encore évolutive.

Les discordances : 11 cas.

L'histologie découvre parfois des lésions moins évoluées.

a) L'histologie montre un foie strictement normal : 7 cas. Dans un cas, il s'agissait d'un foie d'aspect macronodulaire banal.

Obs. n° 63 : M. O..., 67 ans

— Laparoscopie : foie de cirrhose macronodulaire.

— Histologie : il n'y a aucune distorsion de l'architecture lobulaire dans cette biopsie hépatique volumineuse (environ 20 lobules). Le parenchyme est normal sans stéatose. Il y a quelques cellules rondes dans les espaces portes.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un foie d'aspect pomme de terre.

Obs. n° 64 : M. F..., 54 ans

— Laparoscopie : foie globalement augmenté de volume dont la surface est déformée par des nodules très volumineux donnant l'aspect de foie de pomme de terre.

— Histologie : architecture lobulaire et caractères cytologiques normaux sur l'ensemble du prélèvement.

b) L'histologie montre un foie de fibrose : 1 cas.

Obs. n° 65 : M^me^ R..., 60 ans

— Laparoscopie : ascite, rate très volumineuse à bord antérieur polylobé. Pas d'autre formation sous-jacente visible ou palpable. Coloration grisâtre avec piqueté foncé. Foie atrophique avec bord antérieur mince, scléreux et tranchant. Seul, le lobe gauche est visible. Face supérieure bosselée par de nombreux et volumineux nodules cirrhotiques. Coloration claire. Pseudo-vésicules.

— Histologie : infiltration mononucléée discrète des espaces portes avec majoration fibreuse minime, sans mutilation lobulaire. Parenchyme normal.

c) L'histologie montre une stéato-fibrose : 2 cas.

Obs. n° 66 : M^me^ G..., 62 ans

— Laparoscopie : foie de surface très irrégulière, déprimée, macronodulaire évoquant une sclérose post-nécrotique. Hypervascularisation portale.

— Histologie : stéatose hépatique extrêmement abondante, parfois massive, avec fibrose péri-lobulaire discrète.

d) L'histologie découvre une tuberculose : 1 cas.

Obs. n° 67 : M^me^ C..., 41 ans

— Laparoscopie : foie de surface pâle, grisâtre, finement granulée avec quelques nodules volumineux. Il existe des tâches de bougie multiples, mais de petite taille avoisinant avec des pseudo-vésicules. Le péritoine est très congestif. Cirrhose certaine. Métastases. Adéno-cancer possible.

— Histologie : biopsies à l'aiguille et à la pince. Tuberculose miliaire.

CONCLUSION

Les foies à surface macronodulaire correspondent à des foies de cirrhose évoluée. Néanmoins, dans 7 cas, l'histologie est en désaccord total avec la laparoscopie en ne confirmant pas l'existence d'une cirrhose macroscopiquement évidente. Ce qui est aisément explicable pour une ponction biopsie à l'aveugle, l'est beaucoup moins pour une ponction biopsie dirigée. Cependant il est permis de supposer que dans ces cas de discordance le prélèvement a pu être effectué dans un espace de parenchyme normal, le foie n'étant atteint que de façon partielle. On peut en outre supposer que le remaniement macronodulaire n'affectait que le revetêment capsulaire et le parenchyme immédiatement sous-jacent, la profondeur restant intacte de tout remaniement scléreux et de toute ébauche de régénération. La ponction biopsie n'intéresse de toute manière qu'une infime partie du parenchyme hépatique et l'on ne doit pas s'attendre à ce qu'elle confirme toujours le diagnostic macroscopique. Il est évident que dans de telles circonstances les conclusions les moins optimistes prévaudront et que l'on accordera volontiers plus de crédit aux constatations macroscopiques et aux données cliniques et biologiques qu'aux résultats histologiques. Dans la majorité des cas le remaniement macronodulaire correspond à des cirrhoses post-hépatitiques et post-nécrotiques. Mais cet aspect n'est pas absolument spécifique de cette étiologie. Nous avons en effet rencontré trois cas de cirrhoses d'origine éthylique certaine.

	Foies à surface lisse	Foies à surface chagrinée	Foies à surface vallonnée	Foies à surface granitée	Foies à surface micro-nodulaire	Foies à surface macro-nodulaire	TOTAL
Condordances	23	21	22	8	93	36	203
Discordances	23	9	21	5	8	11	77
Total	46	30	43	13	101	47	280

LES ETATS PRE-CIRRHOTIQUES

Aspect de la surface hépatique	Nombre de cas	Etats Pré-Cirrhotiques confirmés par l'Histologie	Etats Pré-Cirrhotiques diagnostiqués par l'Histologie à partir de : (1)		Etats Pré-Cirrhotiques infirmés par l'Histologie	
			Foies normaux	Foies de Cirrhose	Foies normaux	Foies de Cirrhose
Surface lisse	46	27	4			4
Surface chagrinée	30	18		1		4
Surface vallonnée	43	12		7		7
Surface granitée	13	4			2	2
Surface micronodulaire	101			8		
Surface macronodulaire	47			3		

LES ETATS CIRRHOTIQUES

Aspect de la surface hépatique	Nombre de cas	Etats Cirrhotiques confirmés par l'Histologie	Etats Cirrhotiques diagnostiqués par l'Histologie à partir de : (1)		Etats Cirrhotiques infirmés par l'histologie		
			Foies normaux	Foies pré-cirrhotiques	Diagnostics divers	Foies normaux	Foies pré-cirrhotiques
Surface lisse	46	2	8	4		1	
Surface chagrinée	30	7		4			1
Surface vallonnée	43	15		7	1	1	7
Surface granitée	13	4		2		1	
Surface micronodulaire	101	93					8
Surface macronodulaire	47	36			1	7	3

(1) Il s'agit dans ces cas de diagnostics histologiques venant infirmer les diagnostics évoqués à la laparoscopie.

Aspect de la surface hépatique	Diagnostic de Cirrhose confirmé par l'Histologie	Diagnostic de Cirrhose infirmé par l'Histologie
Aspect macroscopique très remanié (Foies de surface macronodulaire et micronodulaire)	129	19
Aspect macroscopique remanié (Foies de surface chagrinée, vallonnée, granitée)	26	11
Aspect macroscopique non remanié ou discrètement remanié (Foies de surface lisse)	2	1

Si l'on considère les pourcentages de diagnostic de cirrhose infirmés par l'histologie :

— d'une part pour des surfaces hépatiques d'aspect macroscopique très remanié (surface macro ou micronodulaire) ;

— d'autre part pour des surfaces hépatiques d'aspect moins remanié (surface chagrinée, vallonnée, granitée) ;

un test du χ^2 fait apparaître une différence très significative (probabilité $\alpha < 0{,}01$) : l'histologie vient infirmer les résultats de la laparoscopie beaucoup plus souvent quand celle-ci a montré une surface hépatique relativement peu remaniée.

(Répartition des états Pré-Cirrhotiques et Cirrhotiques suivant l'âge et le sexe)

Age	Sexe Masculin	Sexe Féminin
Avant 50 ans	64	31
Entre 50 et 70 ans	96	50
Après 70 ans	25	14

Il existe une différence très significative (probabilité $\alpha < 0{,}001$) entre les pourcentages de cirrhoses ou d'états pré-cirrhotiques suivant les tranches d'âge : Avant 50 ans - Après 50 ans - Entre 50 et 70 ans, avec une forte prédominance pour cette dernière. Et cette prédominance est indépendante du sexe (test du χ^2 non significatif).

III. — ASSOCIATION D'UN CANCER ET D'UNE CIRRHOSE

Cette association n'est pas exceptionnelle. Les explorations endoscopiques et histologiques comparatives nous ont permis d'en découvrir 16 cas dont 11 avaient été évoqués par la laparoscopie, avec confirmation histologique simultanée dans 8 cas, différée par une seconde biopsie dans un cas. L'histologie ne confirme pas le diagnostic de la laparoscopie dans deux cas. C'est en revanche l'histologie qui prouve l'existence d'un processus malin dans cinq cas où la laparoscopie faisait évoquer simplement une cirrhose.

La répartition des processus néoplasiques suivant l'aspect macroscopique de la surface hépatique est la suivante :

— un cancer sur foie de surface lisse de stéato-fibrose ;

— un cancer sur foie de surface granitée ;

— dix cancers sur foie de surface micronodulaire ;

— quatre cancers sur foie de surface macronodulaire.

Il s'agit donc presque toujours de l'association d'un processus malin et d'une cirrhose déjà évoluée.

Nous avons envisagé d'une part les adéno-cancers sur cirrhose, d'autre part les métastases cancéreuses hépatiques sur foie cirrhotique.

A. — Les adéno-cancers sur cirrhose

1° — Le diagnostic d'adéno-cancer sur cirrhose est très facilement évoqué par la laparoscopie et confirmé par l'histologie : 5 cas.

— Ces cinq cas constituent des concordances absolues.

L'examen histologique d'un prélèvement biopsique vient confirmer le diagnostic dès la première biopsie dans cinq cas sur neuf cas évoqués par la laparoscopie.

Obs. n° 68 : M. R..., 72 ans

Laparoscopie : cirrhose très évoluée. Sur le lobe gauche, près du bord antérieur et contre le ligament rond un volumineux nodule d'une dureté pierreuse et polychrome évoque fortement l'adéno-cancer.

— Histologie : biopsie à l'aiguille sur le nodule. Petit îlot épithéliomateux développé au sein d'un parenchyme hépatique très fortement mutilé par une cirrhose trabéculaire d'évolution avancée.

En effet, les processus néoplasiques se définissent macroscopiquement comme des formations généralement nodulaires, en relief, blanches ou jaunes, parfois végétantes. Ces nodules ont une consistance dure, parfois pierreuse. Ils indiquent, dans la majorité des cas, l'existence d'un cancer primitif.

2° — Le diagnostic d'Adéno-cancer est très facilement évoqué par la laparoscopie, mais n'est pas confirmé par l'histologie : 1 cas.

L'examen histologique d'un prélèvement biopsique ne confirme le diagnostic laparoscopique qu'à l'occasion d'une deuxième ponction biopsie dans un cas.

Tel est le cas de cette malade chez qui une ponction-biopsie post-mortem pratiquée moins d'un mois après un premier examen confirme le diagnostic laparoscopique initial.

Obs. n° 69 : M^me^ B...

— Laparoscopie : 26 décembre 1968 : très gros foie. Sur le bord antérieur, aspect typique de cirrhose nodulaire évoluée. Sur la surface hépatique, l'aspect est différent avec des nodules plats blanchâtres évoquant un tissu néoplasique. Quelques formations blanchâtres en relief métastatiques sur le ligament rond. Adéno-cancer sur cirrhose.

— Histologie : la biopsie à l'aiguille montre une cirrhose hépatique avec stéatose de moyenne abondance et cytosidérose. Nodules parenchymateux peu étendus entourés par des travées de fibrose compactes non inflammatoires. Pas de signe tumoral.

La biopsie à la pince montre un petit fragment capsulaire sans caractère pathologique notable.

La biopsie post-mortem : 12 janvier 1969 montre un tissu hépatique cirrhotique envahi par un épithélioma très nécrotique dont les caractères cytologiques sont compatibles avec un hépatome.

3° — Le diagnostic d'Adéno-cancer sur cirrhose n'est pas toujours un diagnostic de certitude en laparoscopie.

L'examen histologique met en évidence les difficultés du diagnostic d'adéno-cancer sur cirrhose en laparoscopie : 3 cas.

C'est la découverte de nodules tranchant par leur couleur claire à la surface d'un foie cirrhotique qui permet de soupçonner la présence d'un adéno-cancer. Or des processus métastatiques secondaires, d'une part et certains nodules stéatosiques peuvent

revêtir le même aspect. C'est là une cause d'erreur fréquente qui impose par conséquent de toujours compléter la laparoscopie par une ponction-biopsie orientée.

a) La laparoscopie faisait évoquer un adéno-cancer sur cirrhose, l'histologie conclut à une métastase cancéreuse hépatique : un cas.

Obs. n° 70 : M. D... M..., 73 ans

— Laparoscopie : foie de cirrhose nodulaire avec sur le lobe droit une zone en relief, blanche, végétante suspecte d'adénocancer sur cirrhose.

— Histologie : biopsie à l'aiguille : tissu hépatique normal.

Biopsie à la pince : métastase d'un épithélioma glandulaire indifférencié.

b) La laparoscopie faisait bien plus évoquer une cirrhose avec stéatose associée qu'un adéno-cancer sur cirrhose : un cas.

Obs. n° 71 : M^me^ B..., 67 ans

— Laparoscopie : foie déformé par des nodules très volumineux, pomme de terre, avec en surface des saillies jaunâtres paraissant plus stéatosiques que néoplasiques.

— Histologie : images d'hépatome bien différencié sur cirrhose.

c) La laparoscopie faisait évoquer l'existence d'un adénocancer sur foie de stéato-fibrose : un cas.

Obs. n° 72 : M. M..., 36 ans

— Laparoscopie : Ascite. Lobe gauche hypertrophié, presque lisse, clair, de stéatose. Lobe droit, très remanié, avec nombreux nodules blanchâtres, très suspects de néoplasie.

— Histologie : biopsie à la pince sur les nodules du lobe droit. Fragment ne présentant pas de prolifération néoplasique. On note sous une capsule fibreuse épaisse un parenchyme hépatique présentant des lésions hépatiques en évolution accompagnées de stéatose et de fibrose.

Biopsie à l'aiguille du lobe gauche : aspects lésionnels plus accusés sur la biopsie profonde : lésions hépatitiques (stéatose, lésions nécrotiques) en évolution avec fibrose intense isolant des petits amas cellulaires ou des cellules isolées et dédifférenciation canalaire prononcée.

3° Le diagnostic d'adéno-cancer sur cirrhose n'était pas évoqué par la laparoscopie. L'histologie le met en évidence : cinq cas.

L'aspect macroscopique du foie de cirrhose n'était pas évocateur de l'existence d'un cancer associé.

En effet, la surface hépatique ne présente qu'un aspect de cirrhose banale sans signe suspect de dégénérescence dans quatre cas.

a) L'histologie nous fait découvrir un adéno-cancer que ne laissait pas soupçonner l'aspect macroscopique : un cas.

Obs. n° 73 : M. P..., 68 ans

— Laparoscopie : le 6 août 1968 : ascite importante. Seul le lobe gauche a pu être bien vu, clair, de surface déformée par des nodules cirrhotiques assez gros. Péritoine congestif.

— Histologie : première ponction-biopsie aveugle le 16 août 1968 : existence d'une sclérose très mutilante, évolutive, de type cirrhotique. Les hépatocytes présentent des lésions polymorphes mais on ne note pas de stéatose. On trouve des ballonnisations, des irrégularités cellulaires, des images de souffrance avec formation de pseudo-canalicules. En un point, un nodule hyperplasique mal limité est formé par des hépatocytes très irréguliers avec des noyaux grimaçants qui contiennent tous un très volumineux nucléole très apparent. Cet aspect localisé est très en faveur de l'existence d'un hépatome sur cirrhose.

b) L'histologie nous fait découvrir un adéno-cancer à l'occasion d'une autopsie : un cas.

Obs. n° 74 : M^me^ D..., 51 ans

— Laparoscopie : juin 1970 : foie augmenté de volume dans son ensemble. Surface remaniée par des nodules de petite taille. Capsulite marquée au niveau du lobe gauche.

— Histologie : cirrhose très évoluée, stéatose macrovésiculaire parcellaire, sclérose mutilante très inflammatoire déterminant la formation de très nombreuses images pseudo-canaliculaires.

— Autopsie : août 1970 : foie irrégulier. Nodules de taille différente faisant saillie, de couleur blanchâtre et verdâtre. A la coupe, infiltration néoplasique du lobe gauche surtout avec petits nodules néoplasiques à droite en grande quantité. Injection de la veine porte par la tumeur. Adéno-cancer hépato-cellulaire développé sur une cirrhose.

c) L'histologie nous fait découvrir un adéno-cancer à l'occasion d'une biopsie chirurgicale puis à l'autopsie du même malade : un cas.

Obs. n° 75 : M. C..., 62 ans

— Première laparoscopie : le 6 janvier 1969 : foie augmenté de volume. Aspect de cirrhose alcoolique. A noter la présence d'adhérences périhépatiques. La face supérieure du foie est complètement adhérente au péritoine pariétal.

— Seconde laparoscopie : le 19 juin 1969 : même aspect que lors de l'examen précédent. La surface paraît un peu plus remaniée avec nombreuses adhérences et zones blanchâtres. Important développement de collatérales anastomotiques. Adéno-cancer ?

— Histologie : cirrhose très évoluée. La majorité de la surface du prélèvement est représentée par un tissu de nécrose infiltré de très nombreux polynécléaires plus ou moins altérés. Abcédation d'origine indéterminée dans une cirrhose.

— Une biopsie chirurgicale effectuée le 21 novembre 1969 révèle l'existence d'un épithélioma primitif du foie de structure polymorphe détruisant la totalité du prélèvement examiné. Cette tumeur est par endroit d'aspect nodulaire et de type papillo-vésiculaire, en d'autres points d'aspect pseudo-glandulaire accompagnée d'une stroma réaction fibreuse avec d'assez nombreux infiltrats lymphoïdes.

— Autopsie le 15 avril 1970 : vient confirmer, 15 mois après le premier examen, l'existence de ce cancer : épithélioma hépato-cellulaire développé sur une cirrhose hypertrophique.

Dans ces deux cas, la présence d'un cancer a été diagnostiquée respectivement trois mois et dix mois après l'examen laparoscopique. On ne peut donc affirmer une erreur par défaut de la laparoscopie, le processus cancéreux pouvant s'être développé après que l'examen endoscopique ait été pratiqué.

d) L'analyse du liquide d'ascite est venue mettre en évidence un processus néoplasique que ni la laparoscopie, ni la ponction-biopsie à la pince n'avaient pu évoquer de façon certaine : un cas.

Obs. n° 76 : M. D..., 68 ans

— Laparoscopie : ascite importante franchement hémorragique. Hypervascularisation péritonéale considérable. Foie de volume démesuré, grisâtre remanié par un processus scléreux fait de

petits nodules. Capsule épaissie donnant un aspect de foie glacé Cirrhose ? Dégénérescence ?

— Histologie : cirrhose hépatique avec très importants morcellements parenchymateux. Pas de lésion de caractère inflammatoire ni de signe tumoral.

— Analyse du liquide d'ascite : présence de très nombreuses cellules néoplasiques sans image de dédifférenciation pour lesquelles on ne peut indiquer l'origine.

B. — Les métastases cancéreuses hépatiques sur foie de cirrhose : deux cas.

L'aspect macroscopique d'un foie néoplasique secondaire est assez caractéristique pour que l'on ne puisse, en principe, le confondre avec un foie de cancer primitif. En effet, les métastases cancéreuses se caractérisent par des éléments blanchâtres, en relief, mais peu surélevées, de taille variable que l'on compare généralement à des taches de bougie.

Concordance : un cas.

Obs. n° 77 : M. M..., 76 ans

— Laparoscopie : présence d'une quantité d'ascite très abondante, chyliforme ou chyleuse. Le lobe droit est légèrement scléreux. Par contre, le lobe gauche est très remanié par un processus néoplasique avec taches de bougie. Sur le péritoine, semis blanchâtres en regard du foie.

Histologie : métastase péritonéale et hépatique d'un épithélioma tubulaire à cellules claires. Rein probable.

Discordance : un cas.

Obs. n° 78 : M. C..., 41 ans

— Laparoscopie : adhérences au niveau du lobe droit. Foie de surface pâle, grisâtre, finement granitée, avec quelques nodules volumineux. Il existe des taches de bougie multiples, mais de petite taille avoisinant avec des pseudo-vésicules. Le péritoine est congestif. Cirrhose certaine. Métastase ou adéno-cancer possible.

— Histologie :

- biopsie à la pince du lobe droit et du lobe gauche ;
- biopsie à l'aiguille du lobe gauche : tuberculose miliaire du foie.

C. — Valeur respective des prélèvements a l'aiguille et a la pince :

Sur les quinze cas de cancers sur cirrhose, ont été pratiqués :

Six prélèvements biopsiques à l'aiguille et à la pince associés : l'histologie confirme le diagnostic par les deux prélèvements.

— les deux prélèvements confirment le diagnostic d'adéno-cancer : un cas ;

— les deux prélèvements affirment le diagnostic d'adéno-cancer : un cas ;

— les deux prélèvements infirment le diagnostic d'adéno-cancer : trois cas ;

— le prélèvement à la pince infirme le diagnostic d'adéno-cancer : un cas.

Sept prélèvements à l'aiguille seule :

— confirment le diagnostic d'adéno-cancer dans cinq cas ;

— ne confirment pas le diagnostic d'adéno-cancer dans deux cas.

Trois prélèvements à la pince seule :

— confirment le diagnostic d'adéno-cancer dans un cas ;

— confirment le diagnostic de métastase hépatique dans un cas ;

— ne confirment pas le diagnostic d'adéno-cancer dans un cas.

Ces résultats ne nous permettent pas de conclure que l'un ou l'autre de ces modes de prélèvement s'impose en présence d'un adéno-cancer ou d'une métastase hépatique. Cependant, il nous a semblé que les éléments néoplasiques de la surface hépatique étaient plus accessibles au prélèvement à la pince qu'à l'aiguille. En revanche, il est exceptionnel qu'un prélèvement à la pince ramène suffisamment de parenchyme sous-jacent pour que l'on puisse déceler une cirrhose. Seule la biopsie à l'aiguille est en mesure d'en apporter la preuve. Elle peut en outre affirmer l'existence d'un adéno-cancer. L'association de ces deux modes de prélèvements nous paraît s'imposer dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un diagnostic évident en laparoscopie ou que celui-ci ne s'impose pas d'emblée.

CONCLUSION

La découverte d'un cancer sur un foie cirrhotique fait évoquer deux notions étroitement liées, une notion de terrain et une notion de temps.

Notion de terrain : c'est l'existence d'une cirrhose généralement évoluée, qu'elle soit déjà connue ou qu'elle soit ignorée, la dégénérescence néoplasique venant la révéler.

Notion de temps : c'est ce qu'exprime l'intervalle libre entre le moment où l'on découvre la cirrhose et celui où l'on découvre le cancer.

Parmi nos 16 cas de cancers sur cirrhose, nous n'avons eu qu'une seule fois cette notion d'intervalle libre.

Obs. n° 79 : M. L...

— Premier examen laparoscopique : juillet 1965 : foie de cirrhose hypertrophique très évoluée. Nombreuses élevures pseudo-vésiculaires à la surface des deux lobes.

— Histologie : sous la capsule, une petite plage parenchymateuse de type cirrhotique.

— Second examen laparoscopique : juin 1970 : donc cinq ans plus tard : hépatomégalie nodulaire avec, près de la vésicule, des nodules blanc-jaunâtres de type néoplasique. Adéno-cancer sur cirrhose.

— Histologie : hépatome malin sur cirrhose.

La fréquence de l'association d'un cancer et d'une cirrhose n'est pas négligeable. Elle est dans la majorité des cas décelée par la laparoscopie. En effet, la découverte de nodules blanchâtres différents par leur taille ou leur couleur, de l'aspect des nodules cirrhotiques nous fait soupçonner l'existence d'un adénocancer sur cirrhose. De même la découverte d'éléments en taches de bougie fait évoquer une métastase cancéreuse sur cirrhose.

La biopsie sous contrôle de la vue de ces nodules permet d'apporter la confirmation histologique. Cette biopsie peut être faite par ponction à l'aiguille de Menghini. Mais très souvent le siège de ce nodule ne permet qu'une biopsie à la pince qui trouve là une de ses meilleures indications.

IV. — LES HEMOCHROMATOSES

Le diagnostic histologique d'hémochromatose a été affirmé 13 fois, confirmant 6 fois le diagnostic évoqué en laparoscopie, découvrant 7 fois ce diagnostic que la laparoscopie n'avait pas fait évoquer. En effet, la laparoscopie avait permis d'identifier une cirrhose banale dans 5 cas, une fibrose dans un cas, un foie normal dans 1 cas.

L'examen laparoscopique nous a donc permis d'établir le diagnostic d'hémochromatose dans 1 cas sur 2 puisqu'il nous l'a fait affirmer 6 fois et nous l'a fait ignorer 7 fois.

Nous avons établi une répartition des cas d'hémochromatose rencontrés en fonction de la morphologie et de la coloration de la surface hépatique.

— Répartition macroscopique des hémochromatoses en fonction de la morphologie hépatique :

— 1 foie à surface lisse : la laparoscopie ne faisait pas évoquer le diagnostic d'hémochromatose ;

— 2 foies à surface chagrinée : la laparoscopie faisait évoquer le diagnostic d'hémochromatose ;

— 3 foies à surface vallonnée :
  • la laparoscopie faisait évoquer une hémochromatose que l'histologie ne confirme pas : 1 cas,
  • la laparoscopie ne faisait pas évoquer une hémochromatose : 2 cas ;

— 7 foies à surface micronodulaire :
  • la laparoscopie faisait évoquer une hémochromatose : 4 cas,
  • la laparoscopie ne faisait pas évoquer une hémochromatose : 3 cas.

Répartition macroscopique des hémochromatoses en fonction de la coloration de la surface hépatique :

— 3 foies de coloration normale : l'histologie découvre une hémochromatose dans les 3 cas ;

— 3 foies de coloration pâle : l'histologie découvre une hémochromatose dans les 3 cas ;

— 4 foies de coloration rouille :
  • l'histologie confirme l'hémochromatose dans 3 cas,
  • l'histologie ne confirme pas l'hémochromatose dans 1 cas ;

— 2 foies de coloration grisâtre ardoisée : l'histologie confirme le diagnostic dans les 2 cas ;
— 1 foie de coloration bronzée : l'histologie confirme le diagnostic.

La coloration de la surface hépatique ne constitue pas un critère de diagnostic de certitude.

Les autres colorations de la surface hépatique rencontrées, habituellement peu évocatrices de ce diagnostic, dissimulent autant d'hémochromatoses que n'en évoquent les colorations généralement évocatrices.

1° Les foies de coloration normale : 3 cas.

Certaines hémochromatoses n'ont aucune traduction morphologique :

Obs. n° 80 : M. P..., 43 ans

— Laparoscopie : foie de volume, de surface et de coloration normaux.

— Histologie : parenchyme peu modifié dans lequel il existe cependant de petits foyers nécrotiques isolés. Sclérose multiple faite de plages assez étendues de collagène infiltrées d'éléments inflammatoires lymphohistiocytaires et entraînant la formation de nombreux pseudo-canalicules biliaires. Surcharge ferrique considérable à la fois parenchymateuse et mésenchymateuse.

2° Les foies de coloration pâle : 3 cas.

Cette coloration n'est pas, en principe, évocatrice du diagnostic d'hémochromatose :

Obs. n° 81 : M. P..., 59 ans

— Laparoscopie : cirrhose typique. Surface déformée par des nodules typiques de la taille d'une cerise. Couleur claire du foie.

— Histologie : aspect d'hémochromatose. Cirrhose de type micronodulaire associée à une surcharge ferrique assez considérable n'atteignant pas les cellules mais répartie à la fois entre les éléments parenchymateux et les éléments mésenchymateux.

3° Les foies de coloration rouille : 4 cas.

Classiquement cette coloration est particulièrement évocatrice du diagnostic d'hémochromatose :

Concordances : 3 cas.

Obs. n° 82 : M. G..., 63 ans

— Laparoscopie : hépatomégalie de couleur foncée un peu rouille, pouvant évoquer une hémochromatose. Surface remaniée de cirrhose.

— Histologie : cirrhose pigmentaire. Infiltration sidéro-pigmentaire massive du parenchyme, des cellules de Küpffer et des néocanalicules. Fibrose mutilante très évoluée.

Discordance : 1 cas.

La coloration rouille ne constitue cependant pas un critère diagnostique absolu d'hémochromatose :

Obs. n° 83 : M^me^ V..., 68 ans

— Laparoscopie : foie globalement augmenté de volume. Surface de couleur rouille, franchement remaniée, vallonnée avec ébauche de quelques nodules. Apect de foie de surcharge et de sclérose compatible avec le diagnostic d'hémochromatose.

— Histologie : pas de surcharge ferrique, mais remaniements hépatiques importants. En premier lieu une cirrhose nette avec de larges bandes de sclérose divisent le parenchyme sans phénomène dégénératif ou stéatosique associé. Les travées scléreuses ne renferment pas d'infiltration inflammatoire. On observe d'autre part de nombreux petits foyers de nécrose parenchymateuse unicellulaire, surtout une accumulation de polynucléaires.

4° Les foies de coloration sombre : grisâtre ou ardoisée : 2 cas.

Cette coloration est assez évocatrice du diagnostic d'hémochromatose.

Ob. n° 84 : M. M..., 67 ans

— Laparoscopie : hépatomégalie importante. Foie légèrement irrégulier, mais sans nodules cirrhotiques dessinés. Teinte sombre, brune, grisâtre, hétérogène, évocatrice d'hémochromatose.

— Histologie : cirrhose pigmentaire très évoluée micronodulaire, régulière avec une sclérose mutilante et une surcharge ferrique diffuse massive.

5° Les foies de coloration bronzée : 1 cas.

Cette coloration peut aussi faire évoquer ce diagnostic.

Obs. n° 85 : M. A..., 40 ans

— Laparoscopie : gros foie très remanié, nodulaire, bronzé, évoquant une hémochromatose avec pseudo-vésicules.

— Histologie : hémochromatose.

CONCLUSION

Les hémochromatoses correspondent à des stades généralement évolués du point de vue macroscopique et microscopique. La coloration de la surface hépatique ne nous a pas paru constituer un critère absolument spécifique. En effet, les colorations sombres, rouille ou grisâtre, sont généralement de bons arguments en faveur du diagnostic d'hémochromatose. Dans notre étude l'histologie a confirmé le plus souvent le diagnostic évoqué par ces teintes. Mais toutes les hémochromatoses ne se traduisent pas par ces seules colorations. Il n'est pas possible d'affirmer ce diagnostic en présence de colorations normales ou pâles. Or, nous l'avons vu, il se dissimule souvent des hémochromatoses sous de telles colorations. La laparoscopie est donc souvent incapable de faire le diagnostic, et c'est seule l'histologie qui peut permettre de l'affirmer.

V. — LES PROCESSUS CIRRHOTIQUES POST-HEPATITIQUES : DES HEPATITES CHRONIQUES ACTIVES AUX CIRRHOSES POST-HEPATITIQUES

La durée d'évolution peut en être très courte ou fort prolongée. Nous aborderons ce problème lors de l'étude de la valeur pronostique des examens endoscopiques et histologiques.

Qu'elles soient seulement actives, que leur activité soit éteinte, qu'elles aient une tendance cirrhogène ou qu'elles soient déjà parvenues au stade de cirrhoses post-hépatitiques constituées, les hépatites chroniques d'origine virale ont une traduction et une évolution morphologique très différentes de celles des processus cirrhotiques d'origine nutritionnelle. Les processus d'origine virale les plus typiques que nous ayons rencontrés au cours de notre étude peuvent se répartir de la façon suivante :

1° *Surface lisse :*

— 4 hépatites chroniques évolutives cirrhogènes.

Obs. n° 86 : M. S..., 40 ans

— Laparoscopie : foie de volume, d'aspect et de coloration normaux. Vésicule tendue, légèrement augmentée de volume.

— Histologie : parenchyme très remanié par des phénomènes inflammatoires récents avec de nombreuses images de nécrose hépatocytaire et réaction lymphohistiocytaire en petits foyers diffus sans topographie élective. Il paraît s'organiser à partir de ces foyers une sclérose intra-lobulaire mutilante, qui ne prend jamais cependant une architecture franchement cirrhogène.

Nous avons cité, et nous citons par la suite, des observations d'hépatites chroniques évolutives franchement cirrhogènes.

2° *Surface chagrinée.*

Malgré un aspect macroscopique qui dans certains cas paraissait très remanié, nous n'avons rencontré dans cette catégorie que des hépatites chroniques non cirrhogènes.

Obs. n° 87 : M^me^ A..., 71 ans

— Laparoscopie : lobe gauche très remanié avec surface chagrinée et ébauche de nodules. Quelques pseudo-vésicules.

— Histologie : sur ce foie présentant une stéatose macrovésiculaire parcellaire on trouve des signes d'hépatite associant une ballonnisation diffuse des hépatocytes avec quelques images de nécrose, une hyperplasie kupfférienne diffuse et des infiltrats inflammatoires lymphohistiocytaires en petits amas dans la sclérose limitée à la région péricontrolobulaire et aux espaces portes.

3° *Surfaces vallonnées.*

Nous avons relevé :

— 1 hépatite chronique non active,

— 4 hépatites chroniques cirrhogènes,

— 1 cirrhose post-hépatitique en voie de constitution,

— 1 cirrhose post-hépatitique constituée.

Ces surfaces, suivant l'intensité du vallonnement, correspondent à des hépatites chroniques évolutives cirrhogènes ou à des cirrhoses post-hépatitiques en voie de constitution ou déjà constituées.

a) *Hépatites chroniques évolutives cirrhogènes :*

Obs. n° 88 : M. C..., 70 ans

— Laparoscopie : foie de volume normal. Surface remaniée, vallonnée sur les 2 lobes. Coloration grisâtre. Aspect compatible avec celui d'une hépatite avec une petite note de cholostase.

— Histologie : foie très peu modifié. Un grand nombre de cellules hépatiques ont un aspect ballonnisé. Quelques-unes sont le siège de nécrose avec appel cellulaire. Il n'y a pas d'hypertrophie des cellules kupfférienes. Fibrose des espaces portes. Fibrose extensive ayant tendance à la lobulation, rétention pigmentaire, pigmentation biliaire. Hépatite évolutive; sclérose à tendance cirrhogène.

b) *Cirrhose post-hépatitique en cours de constitution.*

Obs. n° 89 : M. B..., 35 ans

— Laparoscopie : foie de volume et de coloration normaux. Les 2 lobes ont une surface remaniée par un vallonnement plus important sur le lobe droit.

— Histologie : ce parenchyme est remanié. On trouve des images de nécrose disséminées avec de petits foyers lymphohistiocytaires associés à une portite scléreuse très riche elle aussi en éléments inflammatoires. Une sclérose très fine dissèque le parenchyme et donne des images micro et macrovésiculaires. L'aspect général de cette hépatite chronique active est en faveur d'une cirrhose post-hépatitique en cours de constitution.

c) *Sous le même aspect macroscopique on peut cependant* rencontrer des hépatites dont l'activité est éteinte.

Obs. n° 90 : M^me^ P...

— Laparoscopie : foie vallonné de surface très remaniée avec ébauche de nodules. Le bord antérieur est tranchant. Il existe une périhépatite importante.

— Histologie : le prélèvement paraît correspondre à une hépatite chronique dont l'activité est éteinte. En effet, les hépatocytes présentent une stéatose parcellaire systématisée, mais il n'y a pas d'image de ballonnisation ni surtout de nécrose. L'hyperplasie kuppférienne est diffuse, mais non sclérogène. Il y a quelques petits foyers inflammatoires lymphohistiocytaires dans les sinusoïdes. Il n'existe aucune image mutilante.

4° *Surfaces granitées.*

Ce groupe ne comporte qu'un seul cas d'hépatite chronique cirrhogène.

5° *Surfaces micronodulaires .*

Nous avons observé sous ce revêtement 2 hépatites chroniques cirrhogènes et 3 cirrhoses post-hépatitiques.

Les hépatites chroniques cirrhogènes et les cirrhoses post-hépatitiques sont de fréquence sensiblement égale dans ce groupe.

Obs. n° 91 : M. C..., 63 ans

— Laparoscopie : foie dépassant le rebord costal de trois travers de doigts, de coloration sensiblement normale, dont la surface est remaniée de micronodules de type cirrhotique.

— Histologie : on ne trouve pas d'image de cirrhose constituée dans ce foie qui présente des signes d'hépatite chronique. Il existe quelques rares foyers histiocytaires en plein parenchyme, secondaires à une nécrose. D'autre part, on trouve des fragments de bande scléreuse épaisse englobant des hépatocytes et donnant alors à la lésion un aspect cirrhogène de type post-hépatitique.

Obs. n° 92 : M^me^ M.., 36 ans

— Laparoscopie : foie de coloration très rouge, de volume augmenté, dont la surface est remaniée par des nodules cirrhogènes de petite taille. Stéatose typique.

— Histologie : prélèvement extrêmement mutilé par des phénomènes scléro-inflammatoires, aboutissant à une cirrhose de type post-hépatitique. Les hépatocytes sont souvent hypertrophiques et clarifiés, mais on ne note pas d'image de nécrose. Il existe une sclérose mutilante très abondante, très fine disséquant le parenchyme en micronodules morcelés. Cette sclérose collagène est accompagnée par des infiltrats inflammatoires massifs.

6° *Surfaces macro-nodulaires.*

Elles nous ont révélé l'existence de neuf cirrhoses post-hépatitiques. Ces foies, qui prennent parfois un aspect pomme de terre, correspondent effectivement assez souvent à des cirrhoses post-hépatitiques.

Obs. n° 93 : M^me^ S..., 42 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume, de coloration normale, dont la surface est remaniée, surtout au niveau du lobe droit qui est pomme de terre, avec un bord antérieur tranchant, granité.

— Histologie : cirrhose micro-nodulaire, irrégulière, très mutilante, ayant l'architecture d'une cirrhose post-hépatitique.

On trouve dans les foyers de sclérose de très nombreux pseudo-canalicules et des cellules inflammatoires. A noter au niveau du parenchyme l'absence de toute stéatose.

CONCLUSION

Ce sont donc trente cas de processus post-hépatitiques typiques d'origine virale qui ont retenu notre attention.

Leurs différentes traductions morphologiques font apparaître une dissociation très nette entre leur évolution macroscopique et leur évolution microscopique.

La première se manifeste de façon plus progressive évoquant très souvent un stade évolutif moins avancé.

Cette dissociation est évidente pour les foies à surface lisse dont l'aspect macroscopique ne laisse nullement présager des lésions histologiques déjà importantes des hépatites chroniques évolutives cirrhogènes. Elle est toujours évidente en ce qui concerne les foies à surface vallonnée et nous paraît encore plus significative lorsque l'on compare les processus d'origine éthylique et les processus d'origine virale. En effet, dans les processus cirrhotiques d'origine éthylique, le vallonnement simple correspond à un état de stéato-fibrose intense.

Le diagnostic de cirrhose éthylique n'est évoqué qu'en présence d'ébauches nodulaires ou d'éléments inhabituels associés aux vallonnements.

Dans les processus cirrhotiques d'origine virale, au contraire, un vallonnement simple correspond à un état cirrhogène souvent intense.

Un vallonnement à peine plus accentué dissimule une cirrhose post-hépatitique en voie de constitution. Il n'y a donc pas de traduction morphologique déterminée pour un processus cirrhotique post-hépatitique à ses différents stades évolutifs comme il en existe pour chaque degré évolutif des processus cirrhotiques d'origine nutritionnelle. En effet, l'hépatite chronique active non cirrhogène a souvent le même aspect macroscopique que l'hépatite chronique active cirrhogène ou que la cirrhose post-hépatitique en voie de constitution.

Seules les cirrhoses post-hépatitiques constituées ont une traduction macroscopique plus affirmée et plus spécifique. En effet, la majorité des cirrhoses post-hépatitiques correspondent à des foies à surface macronodulaire, exceptionnellement micronodulaire.

Pour toutes ces raisons, il nous paraît indispensable de toujours associer une ponction biopsie à tout examen laparoscopique en présence d'une hépatite chronique cliniquement et biologiquement suspecte d'origine virale.

Il nous a paru superflu de renouveler les examens laparoscopiques en présence de ces processus dont la traduction macroscopique est d'une relative stabilité. Il nous a paru au contraire du plus grand intérêt de pratiquer des ponctions-biopsies successives à l'aveugle pour pouvoir apprécier leur évolutivité et éventuellement réviser leur pronostic.

VI. — VALEUR ET DISCUSSION DES METHODES D'EXPLORATIONS ENDOSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES DANS LES CIRRHOSES DU FOIE

A. — Valeur du diagnostic positif par la laparoscopie.

La distinction entre les divers états macroscopiques du foie au cours du processus cirrhotique et la détermination de leur stade évolutif reposent sur la synthèse de divers facteurs subjectifs d'appréciation, tels que l'aspect de la surface hépatique, telles que les nuances de coloration et de consistance, telle enfin l'évaluation volumétrique du foie qui sont autant de critères dont il faut connaître les subtilités. Il paraît malaisé d'analyser ces critères de façon assez rigoureuse pour pouvoir déduire une classification macroscopique des foies de cirrhose. L'interprétation de tous ces éléments peut en outre être influencée au moment de l'examen par la connaissance des résultats des explorations clinique et biologique. La laparoscopie n'est pas seulement critiquable dans son principe et dans ses moyens, elle l'est aussi parce qu'elle se heurte à des limites.

Ces limites tiennent :

— au caractère de la surface hépatique qui n'est pas toujours le reflet exact des bouleversements profonds architecturaux de la glande ;

— au caractère de la coloration hépatique souvent trompeuse comme le prouve la fréquence des hémochromatoses de couleur claire ou pâle ;

— à l'impossibilité, parfois, de pouvoir visualiser la surface hépatique en raison d'obstacles adhérentiels entre la face supérieure du foie et le péritoine pariétal.

Si la corticalité hépatique porte toujours les stigmates des remaniements profonds de l'organe dans les états cirrhotiques évolués, elle ne les reflète pas toujours exactement et de façon synchrone au stade de pré-cirrhose et de cirrhose débutante.

La valeur de la laparoscopie paraît indiscutable dans les cas évolués de cirrhoses micro ou macronodulaires. En effet, le tableau récapitulatif que nous avons dressé montre fort peu de cas de discordance entre la laparoscopie et l'histologie dans ces groupes. Tant que n'est pas apparue au moins l'ébauche nodulaire les cas de discordances sont beaucoup plus nombreux. Un grand nombre de cirrhoses au début n'ont qu'une manifestation histologique. Le recours à la ponction biopsie nous paraît alors extrêmement utile. L'examen laparoscopique présente un intérêt indiscutable dans la recherche d'un cancer associé à une cirrhose. Il permet généralement de porter le diagnostic au stade de l'exploration macroscopique et permet le guidage du prélèvement sur le nodule ou sur la tache suspecte de malignité. L'endoscopie permet aussi, en allant à la découverte des organes avoisinant la glande hépatique, d'évaluer les modifications de la vésicule biliaire, du ligament rond , du péritoine pariétal, la présence d'une ascite qui constituent des critères d'évolutivité et de pronostic. Elle permet enfin, après avoir guidé le prélèvement biopsique, d'en contrôler l'hémostase.

Il a été pratiqué en dehors des 280 cas formant notre étude comparative 123 laparoscopies sans biopsie associée ou accompagnées d'un prélèvement ininterprétable. Diverses raisons peuvent inciter à s'abstenir de pratiquer une ponction biopsie. On peut s'en abstenir lorsque l'on a la certitude que le foie examiné est un foie de cirrhose évoluée, et c'est là la première raison. La deuxième est une contre-indication. En effet, l'examen d'endoscopie réalise une petite agression en dépit des précautions de prémédication et d'anesthésie locale. Certains malades peuvent mal supporter un examen trop longtemps prolongé. Si le diagnostic est évident, la ponction devient un acte superflu dont on peut se passer. Si le diagnostic est douteux, il reste la possibilité de pratiquer dans les jours suivants une ponction biopsie différée. La troisième raison tient à ce qu'il risquerait d'être dangereux de pratiquer une ponction sur un foie de cholostase ou lorsque le taux de prothrombine est effondré. Il convient donc d'être prudent, de savoir s'abstenir d'un examen superflu ou d'avoir la sagesse d'en différer l'exécution lorsque cela paraît préférable.

B. — Valeur du diagnostic par l'histologie :

Associés à l'examen laparoscopique la ponction à l'aiguille et le prélèvement à la pince ont l'avantage de pouvoir être dirigés, le

lieu de prélèvement étant choisi en fonction de l'intensité du remaniement de la surface hépatique. L'accord entre les données laparoscopiques et les données histologiques devrait être parfait dans de telles conditions. Mais dans la pratique un certain nombre de discordances se manifeste : 77 cas de discordance sur 280 cas analysés dans cette étude soit environ 27 % de discordances, 73 % de concordances.

Les méthodes :

— *Le prélèvement à l'aiguille :* il donne sans conteste les résultats les plus satisfaisants ; il peut être pratiqué sous le contrôle de la vue, ou bien, être différé ou enfin pratiqué à l'aveugle.

Biopsies différées, biopsies à l'aveugle, ne présentent pas plus de danger lorsqu'elles sont effectuées avec soin. Nous avons relevé au cours de cette étude, 7 ponctions biopsies différées effectuées dans la semaine suivant l'examen laparoscopique. Cinq de ces ponctions confirmaient le diagnostic macroscopique. Nous avons relevé en outre 21 ponctions biopsies à l'aveugle, beaucoup plus éloignées de tout examen laparoscopique. Deux d'entre elles ont été effectuées chez le même malade dont le foie ne pouvait être visualisé en raison de la présence d'adhérences. La première ponction découvrait une fibrose discrètement mutilante, la deuxième, deux mois plus tard, une cirrhose. Parmi les 19 autres ponctions biopsies à l'aveugle figurent :

— 2 ponctions effectuées avant tout examen laparoscopique, confirmées par la suite par les examens laparoscopiques et histologiques.

— 2 ponctions effectuées en post-morten, l'une confirmait une cirrhose post-hépatique, l'autre confirmait une cirrhose et révélait un cancer associé.

— 12 ponctions confirment les données déjà connues, dont 11 apportent la confirmation d'une cirrhose, une la confirmation d'une fibrose.

— 3 ponctions ne confirmant pas les données macroscopiques.

Ce bilan nous prouve par 21 cas de concordance sur 26 examens effectués à l'aveugle, l'intérêt que l'on peut avoir à pratiquer des ponctions biopsiques à l'aveugle, tout particulièrement dans les hépatites chroniques actives où il est nécessaire de suivre l'évolution du processus et où l'examen laparoscopique répété nous paraît superflu en raison de la relative stabilité des lésions morphologiques de ces processus.

— *Les prélèvements à la pince :*

Méthode permettant de prélever de façon préférentielle les éléments en relief, ne s'adressant qu'à la superficie du foie. Les fragments ramenés sont, la plupart du temps, constitués de tissu capsulaire hépatique qui ne permet pas de présumer du processus sous-jacent. Cette méthode est utilisée en association avec le prélèvement à l'aiguille particulièrement dans les cancers associés à des cirrhoses.

— *Les limites de la ponction biopsie hépatique :*

Elles tiennent :
d'une part :

— *aux conditions techniques de prélèvement :*
- la ponction blanche : par défaut de manœuvre
  par ponction biopsie à l'aveugle

d'autre part :

— *à la qualité de l'échantillon prélevé :*
- l'exiguïté du fragment
- la fragmentation de l'échantillon rendant délicate, sinon impossible, toute interprétation histologique.

Chapitre second

CONTRIBUTION DES EXAMENS LAPAROSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES A L'ETUDE ETIOLOGIQUE DES CIRRHOSES

Nous avons, dans un premier temps, étudié la contribution des examens laparoscopiques et histologiques à l'élaboration du diagnostic étiologique des processus cirrhotiques. Dans un second temps, connaissant les critères étiologiques propres à chaque méthode, nous les avons confrontés dans le cadre de chacun des différents aspects laparoscopiques du foie. Nous ne nous sommes référés ni à la clinique, ni à la biologie, considérant uniquement ces deux modes d'exploration dans leurs possibilités respectives de conduire à un diagnostic étiologique sans l'apport suggestif des données cliniques et paracliniques.

I. — Les critères étiologiques en laparoscopie et en histologie

Nous avons emprunté une partie des éléments analytiques exposés au diagnostic étiologique des cirrhoses communes d'après E.A. Gall.

A. — *Contribution de la laparoscopie :*

Deux critères macroscopiques sont à retenir :

— *l'aspect de la surface hépatique,*

— *sa coloration.*

1° *Cirrhoses nutritionnelles :*

a) *Aspect de la surface hépatique.*

— le foie alcoolique est un foie typique par sa morphologie et par sa coloration. Gros foie à bord mousse, de surface lisse, moucheté de taches jaunes ou chamois.

— dans les cirrhoses nutritionnelles l'hépatomégalie est un des caractères dominants. Elle est ferme sous le palpateur, d'aspect

granité, faite de nodules encore mal invidividualisés ou d'aspect micronodulaire avec des granulations régulières de 0,2 à 0,3 cm mieux individualisées, réparties de façon diffuse à la surface hépatique. Ces granulations sont enchâssées dans un fin lacis de sclérose dont elles émergent parfois, donnant au foie un aspect de foie clouté.

b) *La coloration :*

La coloration de la glande est généralement plus pâle que celle d'un foie normal. Mais elle peut être jaune, chamois, rose saumonée, couleurs qui font évoquer l'existence d'une stéatose associée. Les nodules revêtent souvent cette coloration caractéristique. Elle peut être encore grisâtre faisant songer à un processus plus évolué.

2° *Cirrhoses post-hépatitiques :*

a) *Aspect de la surface :* moins fréquente que la forme précédente, elle correspond à une origine virale. Le volume du foie peut être normal, mais il est généralement inférieur à la normale. Sa surface est parsemée de nodules gros et un peu irréguliers de 0,5 à 1,5 cm, uniformément répartis, prisonniers d'un réseau de fibrose constitué de bandes plus larges et plus irrégulièrement réparties.

b) *Sa coloration :* beaucoup moins caractéristique. Elle est souvent peu différente de la coloration normale ou un peu plus sombre, rouge ou gris brun.

3° *Cirrhoses post-nécrotiques :* plus rares.

a) *Aspect de la surface :*

Le volume du foie est normal ou réduit, souvent rétracté. La surface est bosselée de nodules plus gros encore pouvant atteindre jusqu'à 7 cm de diamètre, donnant souvent au foie un aspect pomme de terre. Ces nodules sont irrégulièrement disposés, pavant une surface tissée par de larges bandes cicatricielles.

b) *La coloration :* la coloration est ici aussi plus sombre que normalement.

Si classiquement les foies de cirrhoses alcooliques sont micronodulaires, les foies de cirrhose post-hépatitique et post-nécrotiques macronodulaires, il n'est pas rare de voir les uns prendre un aspect subnormal, peu remanié ou même macronodulaire, les autres revêtir une surface subnormale, peu remaniée ou micronodulaire.

4° *Cirrhoses pigmentaires :*

De couleur rouille, souvent pâle, normale ou grisâtre.

5° *Cirrhoses biliaires :*

La coloration de surface, uniformément verdâtre ou plus souvent constituée par un piqueté ou une moucheture verdâtre oriente vers cette étiologie. Toutefois la coloration peut être peu différente de la normale.

6° *Cirrhoses chez les cardiaques :*

En faveur de cette association, l'aspect congestif ainsi qu'une coloration vineuse sombre constituent des éléments d'orientation.

B. — *Contribution de l'histologie :*

1° *Les cirrhoses nutritionnelles :*

Les hépatocytes sont disposés de façon anarchique, soit augmentés de volume et présentant une stéatose macrovésiculaire diffuse, formant de larges vacuoles qui, après avoir fait éclater les cellules, vont s'unir pour former de vastes flaques graisseuses. Le lobule a perdu sa structure. Il se crée une néoformation fibreuse qui réunit entre eux les espaces portes isolant des nodules hépatiques. Cette sclérose renferme des infiltrations inflammatoires et détermine une néocanaliculogenèse biliaire.

2° *Les cirrhoses post-hépatitiques :*

Ce sont des cirrhoses qui intéressent plusieurs lobules. Elles sont constituées par une sclérose qui emprisonne les espaces portes et émet des cloisons vers le lobule. Mais cette sclérose épargne beaucoup plus la structure lobulaire, ce qui permet à un bon nombre de veines centrolobulaires de ne pas souffrir. Le caractère dominant et caractéristique semble être la prolifération des infiltrats inflammatoires lymphocytaires qui entourent les canalicules biliaires. Les hépatocytes contiennent peu de stéatose et leur architecture n'est guère modifiée. Un autre trait dominant est constitué par des signes de souffrance parenchymateuse, sous la forme de dégénérescence cellulaire et de nécrose souvent entourée par des infiltrats lymphocytaires.

Il est vraisemblable qu'une partie seulement des cirrhoses post-hépatitiques est constituée par des processus dont la nature virale est connue et prouvée. Les ictères infectieux guéris et les hépatites anictériques peuvent logiquement aboutir à ces formes.

Tel est le cas de dette hépatite chronique active évoluant depuis dix ans, sans qu'aucun épisode ictérique n'ait été relevé dans les antécédents.

Obs. n° 93 bis : M^me^ G..., 60 ans

— Laparoscopie : foie de volume globalement augmenté, de coloration un peu sombre dont la surface est remaniée dans son ensemble de micronodules de type cirrhotique.

— Histologie : hépatite cirrhogène très mutilante, encore franchement évolutive comme le montre la présence dans les bandes de sclérose, et même en plein parenchyme de très nombreuses cellules inflammatoires avec prédominance lymphohistiocytaire.

3° *Cirrhoses post-nécrotiques :*

Primitives dans les hépatites virales subaiguës, secondaires dans les autres cirrhoses parvenues à un stade très évolué commun. Elles sont dues à la défaillance brutale des fonctions hépatiques par disparition d'une partie ou de tout le tissu hépatique. Les bandes scléreuses remanient, de façon anarchique, toute la structure lobulaire. Elles renferment aussi des cellules inflammatoires lymphohistiocytaires et des néocanalicules biliaires en grand nombre. Les veines centro-lobulaires ont perdu leur valeur topographique.

4° *Cirrhoses pigmentaires :*

Elles se caractérisent par une hépatosidérose, tant au niveau des hépatocytes qu'à celui des cellules de Kupffer. La coloration de Perls permet de la mettre en évidence. Mais il n'existe aucun critère histologique permettant de distinguer une hémochromatose primitive d'une hémochromatose secondaire.

5° *Cirrhoses biliaires :*

Caractérisées par leur richesse en éléments lymphoplasmocytaires et en néocanalicules biliaires. Il existe une surcharge de pigments biliaires qui entraine l'oblitération des canalicules biliaires. Ceux-ci présentent des signes d'angiocholite et de périangiocholite.

EN CONCLUSION

La laparoscopie doit être considérée comme un moyen d'orientation dans la recherche d'un diagnostic étiologique. La contribution à ce diagnostic est minime. Il n'existe pas d'aspect laparoscopique véritablement et totalement spécifique d'une étiologie déterminée. L'histologie constitue sans aucun doute un moyen de recherche étiologique appréciable qui ne prétend pas apporter

une certitude totale mais des éléments de présomption. Les possibilités de diagnostic histologique sont évidemment d'autant plus étendues que la taille du fragment examiné est plus importante et le niveau de son prélèvement plus précis.

Il faut cependant admettre comme l'a souligné Rumeau dans sa thèse que les « cirrhoses humaines ne gardent une originalité étiologique qu'au stade de pré-cirrhose et qu'elles aboutissent ensuite à une forme terminale commune ». Cette forme terminale commune, cet aspect impersonnel est constitué par la cirrhose de type post-nécrotique.

II. — Confrontation des critères laparoscopique et histologiques de diagnostic étiologique en fonction des différents aspects laparoscopiques de la surface hépatique.

Nous venons d'étudier d'une manière générale les différents critères qui permettent d'établir un diagnostic étiologique. Nous allons les reprendre pour les confronter dans le cadre des différents aspects laparoscopiques, que nous avons rencontrés.

A. — *Les foies à surface lisse :* 46 cas considérés.

Ces foies sont l'expression :

— soit d'états précirrhotiques représentés par les foies alcooliques d'une part, les hépatites virales cirrhogènes d'autre part, qui ont souvent un aspect macroscopique normal ou peu remanié pour leur degré d'évolutivité ;

— soit de cirrhoses au début quand sont notées une exagération du réticulum de surface avec ébauche nodulaire ou des dépressions cicatricielles ou enfin une périhépatite ;

— soit enfin des cirrhoses évoluées dans les cas des foies glacés, dont la gangue épaisse dissimule l'aspect réel de la surface hépatique et sa coloration.

Dans ce groupe l'aspect de surface ne constitue pas un critère diagnostique. Les variations de coloration et de volume présentent un plus grand intérêt. En effet l'association d'une hépatomégalie et d'une coloration orangée, chamois ou parfois pâle, font évoquer l'origine éthylique, éventualité la plus fréquente. La stéatose alcoolique constitue en effet une entité. Cazal et Mirouze, de même que Albot, la considèrent comme étant un état précirrhotique. Ils distinguent la stéatose éthylique équivalent de la

stéatose anatomique d'ALBOT et la stéatonécrose éthylique équivalent de l'hépatite cirrhogène éthylique d'ALBOT.

La stéatose constitue la lésion essentielle et la plus importante de l'hépatite alcoolique. Il n'y a ni sclérose ni nécrose. Il peut exister une discrète majoration fibreuse des espaces portes. L'hépatomégalie y est la règle.

Dans la stéatonécrose éthylique la dégénérescence nécrotique des hépatocytes domine le tableau. On peut y rencontrer les éléments spécifiques des hépatites éthyliques et de mauvaise augure que sont les corps de MALLORY. La sclérose est ici plus importante, l'hépatomégalie fréquente.

Les éléments recueillis par la laparoscopie et ceux obtenus par l'histologie [redacted] nous ont [redacted] permis de nous orienter dans 28 cas de foies à surface lisse vers un diagnostic étiologique :

— *Dans 8 cas il s'agissait d'une stéatose éthylique pure :* soupçonnée à la laparoscopie et confirmée par l'histologie.

Obs. n° 94 : M. B..., 22 ans

— Laparoscopie : gros foie de surface lisse non cirrhotique. Coloration particulière. Présence de nombreuses marbrures jaunâtres évoquant un foie de surcharge.

— Histologie : stéatose hépatique massive sans remaniement de l'architecture lobulaire.

Dans 9 cas il s'agissait d'une stéatose éthylique avec majoration fibreuse. Cette majoration fibreuse ne pouvait être suspectée à la laparoscopie.

Obs. n° 95 : M. T..., 49 ans

— Laparoscopie : foie légèrement augmenté de volume, de couleur et d'aspect normaux sans remaniement de surface. Au niveau du lobe droit cependant existence de deux ou trois taches blanc jaunâtre.

— Histologie : parenchyme avec stéatose macrovésiculaire et à partir des espaces portes, sclérose dense très riche en cellules.

Dans 3 cas, il s'agissait d'une stéatonécrose éthylique :

Obs. n° 96 : M^me^..., 79 ans

— Laparoscopie : foie de surface, de volume et de coloration normaux.

— Histologie : stéatose macrovésiculaire diffuse à laquelle s'associent quelques images de nécrose hépatocytaire. Il existe une sclérose associée non mutilante.

Dans tous ces cas sauf un, la surface était normale à la laparoscopie, mais l'augmentation du volume hépatique et la coloration orientaient vers une hépatite alcoolique.

Dans 3 cas il s'agissait d'une cirrhose éthylique au début à l'examen histologique :

Obs. n° 97 : M..., 26 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume, de coloration un peu pâle surtout sur le lobe gauche, sans remaniement de surface, évoquant une stéatose.

— Histologie : stéatose macrovésiculaire diffuse sans topographie élective. Sclérose inflammatoire mutilante développée à partir des espaces portes accompagnée d'éléments histiocytaires et donnant l'aspect d'une cirrhose micronodulaire irrégulière en cours de constitution.

— Dans un cas il s'agissait d'une angiocholite chronique décelée par l'histologie.

— Dans un cas il s'agissait d'une hépatite chronique ou cirrhogène mise en évidence par l'examen histologique.

— Dans trois cas il s'agissait enfin d'hépatites chroniques actives cirrhogènes.

L'aspect laparoscopique nous a permis d'évoquer un diagnostic étiologique confirmé par l'histologie dans 22 cas.

L'aspect laparoscopique ne nous a pas permis d'évoquer de diagnostic étiologique dans 24 cas. L'histologie nous a permis d'évoquer un diagnostic étiologique dans 30 cas. Il ne nous l'a pas permis dans 16 cas.

Conclusion : en présence de foies à surface lisse, seule une variation de la coloration a pu nous orienter vers un diagnostic étiologique.

B. — *Les foies à surface chagrinée :* 30 cas considérés.

Dans ce groupe encore nous nous sommes attachés beaucoup plus aux modifications du volume et aux variations de coloration qu'aux déformations de surface qui sont minimes et sans grande signification. Sur le plan histologique il s'agit le plus souvent de stéatose et de fibrose débutantes associées.

Nous avons posé :

1° Deux fois le diagnostic de stéatose éthylique pure sur des arguments histologiques alors que l'aspect de surface hépatique était compatible avec l'existence d'une fibrose au début.

Obs. n° 98 : M. P..., 66 ans

— Laparoscopie : surface remaniée, chagrinée. Bord antérieur tranchant. Coloration un peu pâle, surtout au niveau du lobe droit. Hépatomégalie notable.

— Histologie : stéatose très importante avec de très nombreuses macrovésicules tendant à fusionner. Il ne s'y associe pas, pour le moment de réaction fibreuse portale ou interstitielle. Il semble donc s'agir d'une stéatose éthylique pure.

2° Sept fois le diagnostic de stéatose éthylique avec majoration fibreuse sur des arguments laparoscopiques et histologiques. Dans deux cas manquaient les signes de stéatose en laparoscopie.

Obs. n° 99 : M. T..., 50 ans

— Laparoscopie : foie de coloration pâle, augmenté de volume. La surface est lisse en général, d'aspect chagriné par endroit. Son aspect est typique d'un foie de stéatose.

— Histologie : stéatose macrovésiculaire diffuse accompagnée d'une sclérose non mutilante et paraissant peu évolutive développée à partir des espaces portes. Stéato-fibrose.

3° Trois fois le diagnostic d'hépatite chronique active non cirrhogène sur des arguments histologiques. La laparoscopie montrait dans deux cas une surface à peine chagrinée, dans un cas une surface chagrinée avec ébauche de nodules.

4° Une fois le diagnostic de cirrhose post-hépatitique probable sur des arguments histologiques.

Obs. n° 100 : M. B...

— Histologie : fibrose périlobulaire avec mutilation lobulaire débutante et ébauche nodulaire dans certains territoires. Présence de petits infiltrats au niveau des espaces de Disse. Aucune stéatose. Possibilité de lésions post-hépatitiques.

5° Une fois le diagnostic de cirrhose post-nécrotique.

6° Une fois celui d'hémochromatose à la laparoscopie et à l'histologie.

7° Trois fois enfin le diagnostic de cirrhose éthylique débutante.

La laparoscopie nous a donc permis d'évoquer un diagnostic étiologique confirmé par l'histologie dans neuf cas d'hépatite alcoolique, et dans un cas d'hémochromatose. Elle ne nous a pas permis de parler de diagnostic dans 20 cas. L'histologie nous a permis d'évoquer un diagnostic étiologique dans 18 cas. Elle ne nous l'a pas permis dans 12 cas.

CONCLUSION

En présence de foies chagrinés seule encore une variation de coloration a pu, dans certains cas, nous faire évoquer un diagnostic étiologique.

C. — *Les foies à surface vallonnée :* 43 cas considérés :

La variation de la coloration conserve ici toute sa valeur. Le vallonnement correspond à une fibrose évoluée. Ces caractères morphologiques nous ont permis d'évoquer :

— six cas de stéato-fibrose éthylique sur des critères macroscopiques et histologiques ;

— quatre cas de cirrhose éthylique sur les mêmes critères quand s'associait au vallonnement une ébauche nodulaire ;

— deux cas d'hémochromatose sur des critères histologiques ;

— sept cas de processus post-hépatitiques sur des critères histologiques. Parmi ceux-ci :

- une hépatite chronique d'activité éteinte,
- quatre hépatites chroniques actives cirrhogènes,
- une cirrhose post-hépatitique en voie de constitution,
- une cirrhose post-hépatitique constituée.

— un cas d'angiocholite cirrhogène sur des arguments histologiques :

Obs. n° 101 : M^me^ D..., 45 ans

— Laparoscopie : surface vallonnée. Bord antérieur tranchant, de couleur pâle. Aspect de sclérose.

— Histologie : cirrhose nodulaire évoluée avec forte mutilation parenchymateuse. Les travées de fibrose, très larges et riches en néocanalicules présentent une très abondante infiltra-

tion leucocytaire polymorphe à prédominance polynucléaire. Le parenchyme des nodules n'est pas pathologique. Les signes de cholostase sont actuellement très discrets. Aspect histologique en faveur d'une angiocholite cirrhogène.

— un cas de cirrhose biliaire primitive sur des arguments histologiques :

Obs. n° 102 : M^me^ A..., 63 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume, sans cholostase. Surface vallonnée avec, sur le lobe gauche, un aspect congestif de la capsule de Glisson et sur le lobe droit de multiples petites vésicules.

— Histologie : peu de lésions parenchymateuses, pas de cholostase, mais quelques foyers de nécrose unicellulaire avec un petit granulome autour. La fibrose est dense, riche en histiocytes. Elle part des espaces portes et dissèque le parenchyme. On ne retrouve pas de voies biliaires interlobulaires sur ce prélèvement. Aspect compatible avec l'hypothèse clinique d'une cirrhose biliaire primitive.

— Un cas de cirrhose associée à un foie cardiaque insoupçonné à l'examen laparoscopique :

Obs. n° 103 : M. R..., 64 ans

— Laparoscopie : foie présentant une coloration évoquant une surcharge mais pas cardiaque.

— Histologie : lésions discrètes de portite sans cirrhose constituée. Il y a cependant des infiltrats lymphoïdes et une discrète tendance à l'extension de la fibrose dans les lobules. Il y a par ailleurs de petits signes de souffrance hépatocytaire, stéatose focale, nécrose parcellaire, anisocaryose. Les capillaires sont très dilatés avec un petit anneau de sclérose autour des veines centrolobulaires. Discrète surcharge pigmentaire. Tout ceci évoque l'association d'un foie cardiaque et d'un début de cirrhose. Il n'y a pas d'amylose ni de surcharge pigmentaire.

— Enfin un cas d'hépatite toxique iatérogénique sur des arguments histologiques :

Obs. n° 104 : M^me^ V..., 68 ans

— Laparoscopie : aspect de foie de surcharge de couleur rouille et de sclérose compatible avec le diagnostic d'hémochromatose.

— Histologie : pas de surcharge ferrique. Cependant, il existe des remaniements hépatiques importants. Il y a en premier lieu une cirrhose nette avec de larges bandes de sclérose divisant le parenchyme sans phénomène dégénératif ou stéatosique associé. Les travées scléreuses ne renferment pas d'infiltration inflammatoire. On observe d'autre part de nombreux petits foyers de nécrose parenchymateuse unicellulaire qui contiennent une accumulation de polynucléaires. Ces phénomènes nécrotiques sont trop importants pour être assimilés à des corps de Mallory. Ils évoquent davantage une hépatite toxique pathogénique.

Sur les 43 cas considérés, nous avons pu avancer une hypothèse étiologique dans 23 cas.

La laparoscopie nous a permis d'évoquer un diagnostic étiologique dans dix cas.

Elle ne l'a pas permis dans 33 cas.

L'histologie nous a permis d'évoquer un diagnostic étiologique dans 23 cas, ne le permettant pas dans vingt cas.

CONCLUSION

Ces foies à surface vallonnée ébauchant ou non des nodules correspondent, semble-t-il, assez souvent à des processus cirrhotiques éthyliques. Les variations de la coloration constituent encore ici un argument de valeur. Ils correspondent aussi à des processus cirrhotiques post-hépatitiques dont le nombre ne cesse de croître.

D. — *Les foies à surface granitée :* 13 cas considérés.

Le moins important des groupes considérés par le nombre de cas. Ce groupe est constitué d'états pré-cirrhotiques et d'états cirrhotiques au début.

1° Les états pré-cirrhotiques répondent à une étiologie nutritionnelle.

a) Stéatose éthylique pure : évoquée à la laparoscopie, non confirmée à l'histologie (examen normal) : un cas.

Obs. n° 105 : M. D...

— Laparoscopie : foie de volume normal, de coloration légèrement chamois. Surface présentant une allure légèrement grenue. Evoque une hépatite alcoolique sub-aiguë stéatosique.

b) Stéatose éthylique avec majoration fibreuse soupçonnée à la laparoscopie, confirmée par histologie : deux cas.

Obs. n° 106 : M^me^ P..., 19 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume, grumeleux avec grains chamois. Stéatose avec fibrose.

— Histologie : infiltration stéatosique abondante de topographie péri-lobulaire prédominante et majoration fibreuse des espaces portes.

2° Les états cirrhotiques débutants répondent à une étiologie nutritionnelle : un cas.

Obs. n° 107 : M^me^ C..

— Laparoscopie : foie augmenté de volume. Surface pâle irrégulière, d'aspect granité. Aspect de stéato-fibrose.

— Histologie : stéatose macrovésiculaire et quasi-diffuse. Travées de fibrose, fines, disséquantes, isolant des amas d'hépatocytes. Ilots cellulaires de taille petite et irrégulière. Le point de départ des travées fibreuses est difficile à préciser. Cirrhose très probablement d'origine éthylique.

Quatre diagnostics étiologiques ont ainsi été posés sur les treize cas étudiés.

CONCLUSION

Il s'agit ici de remaniements qui nous ont paru correspondre le plus souvent à une origine nutritionnelle.

E. — *Les foies à surface micronodulaire :* 101 *cas considérés.*

Les éléments de diagnostic étiologique sont beaucoup plus nombreux tant sur le plan macroscopique qu'histologique. Il nous a été possible de distinguer :

— 84 *processus cirrhotiques éthyliques :*

a) dont un cas de stéatose éthylique pure sur des critères histologiques ;

b) dont 76 cas de cirrhose sur des critères macroscopiques et histologiques ;

c) dont 7 cas de cirrhose sur des critères macroscopiques.

— 7 *hémochromatoses dont :*

a) 4 sur des critères macroscopiques et histologiques ;

b) 3 sur des critères histologiques.

— 6 *processus post-hépatitiques sur des critères histologiques dont :*

a) un cas d'hépatite chronique cirrhogène associée à une hémochromatose, évoquée par l'histologie seule ;

b) 2 cas d'hépatite chronique cirrhogène évoqués par l'histologie seule ;

c) 3 cas de cirrhose post-hépatitique évoqués par l'histologie.

— 1 *cirrhose post-nécrotique sur des arguments histologiques :*

Ce sont donc 98 cas de foies à surface micronodulaire qui nous ont fait évoquer une étiologie précise sur les 101 cas considérés.

1° *Stéatose éthylique pure :* 1 *cas.*

Obs. n° 108 : M. B..., 36 ans

— Laparoscopie : augmentation de volume avec existence de quelques travées de fibrose limitant des micronodules. Ligament rond turgescent. Cirrhose micronodulaire.

— Histologie : Infiltration stéatosique à larges bulles d'intensité modérée avec majoration fibreuse péri-lobulaire. Pas d'infiltration inflammatoire.

2° *Cirrhose éthylique :* 76 *cas.*

Obs. n° 109 : M^me^ S..., 67 ans

— Laparoscopie : aspect de stéato-cirrhose.

— Histologie : parenchyme hépatique très modifié par des bandes de sclérose très inflammatoire donc évolutives et siège d'images de stéatose prononcée. Par place, quelques images de régénération. Il s'agit donc d'une cirrhose d'étiologie très certainement éthylique.

3° *Cirrhose post-nécrotique :* 1 *cas.*

Cette forme semble bien en effet être le terme évolutif final de cirrhose d'étiologies diverses et notamment ici d'une cirrhose d'origine vraisemblablement éthylique.

Obs. n° 110 : M. B..., 53 ans

— Laparoscopie : le foie est remanié par un processus cirrhotique très évolué avec des vésicules très nombreuses en surface. Le ligament rond est congestif.

— Histologie : cirrhose très mutilante et actuellement évolutive prenant en certains points un aspect de cirrhose post-nécrotique. Son étiologie paraît cependant éthylique car il existe une stéatose macrovésiculaire parcellaire mais diffuse. Les foyers scléreux sont de vastes flaques englobant les pseudo-canalicules.

L'aspect laparoscopique nous a donc permis d'évoquer un diagnostic étiologique dans 88 cas, ne nous le permettent pas dans 13 cas.

L'histologie nous a fait évoquer un diagnostic étiologique dans 98 cas. Seuls trois cas ont échappé à un diagnostic étiologique.

Ces foies à surface micronodulaire correspondent dans l'ensemble à des cirrhoses éthyliques évoluées dont le diagnostic est évoqué la plupart du temps dès l'examen laparoscopique

F. — *Les foies à surface macronodulaire :* 47 *cas considérés.*

La plupart des foies de ce groupe font évoquer par leurs déformations nodulaires de surface le diagnostic de cirrhose post-hépatitique ou de cirrhose post-nécrotique.

a) L'histologie nous a donné des éléments diagnostiques en faveur d'une étiologie post-hépatitique dans dix cas.

Obs. n° 111 : M^me^ D...

— Laparoscopie : Cirrhose très évolutive. Lobe droit du foie seul visible, très déformé avec nodules irréguliers, certains volumineux et foncés. Nombreuses pseudo-vésicules.

— Histologie : prélèvement assez abondant ayant porté sur un parenchyme stéatosique très mutilé par des bandes de sclérose larges et irrégulières assez riches en éléments lympho-histiocytaires et donnant l'aspect d'une cirrhose post-hépatitique. On ne retrouve pas d'image de nécrose parenchymateuse.

b) L'histologie nous a donné des éléments diagnostiques en faveur d'une étiologie éthylique dans quatre cas.

Obs. n° 112 : M. C..., 51 ans

— Laparoscopie : cirrhose évoluée typique avec des nodules bien dessinés de la taille d'un pois à une prune.

— Histologie : cirrhose stéatosique micronodulaire très mutilante non inflammatoire dont l'étiologie éthylique paraît la plus vraisemblable.

c) L'histologie nous a enfin révélé l'existence d'une hémochromatose insoupçonnée à la laparoscopie dans un cas.

Obs. n° 113 : M. P..., 59 ans

— Laparoscopie : le lobe droit est masqué par des adhérences hypervascularisées traduisant une hypertension portale manifeste. Le lobe gauche présente une cirrhose typique. Couleurs claire du foie. La surface est déformée par des nodules de la taille d'une cerise.

— Histologie : aspect d'hémochromatose. Cirrhose de type micronodulaire associée à une surcharge ferrique assez considérable n'atteignant pas toutes les cellules mais répartie à la fois entre les éléments parenchymateux et les éléments mésenchymateux.

Ce sont donc seulement 15 hypothèses étiologiques qui ont pu être retenues sur les 47 cas étudiés. Le diagnostic a été porté par la laparoscopie et confirmé par l'histologie dans 10 cas. L'aspect laparoscopique a permis d'évoquer un diagnostic étiologique dans la plupart des cas restants sur l'aspect macroscopique de nodules plus ou moins volumineux.

Le remaniement macronodulaire permet d'évoquer une étiologie post-hépatitique ou post-nécrotique mais ne permet de l'affirmer, en principe, que dans les cas où il existe des modifications morphologiques telles que le foie présente l'aspect caractéristique de foie pomme de terre.

En effet, l'histologie nous a révélé qu'il pouvait se dissimuler sous ces aspects typiques des cirrhoses d'autres étiologies telles que des cirrhoses éthyliques et des hémochromatoses.

CONCLUSION

En résumé, la confrontation des critères laparoscopiques et histologiques de diagnostic étiologique nous a montré qu'il était possible d'évoquer un diagnostic étiologique et laparoscopique en présence de foies peu remaniés mais fortement stéatosi-

ques ou en présence de foies très remaniés micronodulaires et stéatosiques. Ces foies correspondent le plus souvent à des processus pré-cirrhotiques ou cirrhotiques d'origine éthylique. Elle nous a montré en outre que l'on ne pouvait évoquer le diagnostic d'hémochromatose sur des modifications de coloration de la surface hépatique mais que ce diagnostic était impossible dans un certain nombre de cas. Elle nous a montré enfin, qu'il était pratiquement impossible de détecter sur leur aspect macroscopique toutes les hépatites chroniques d'origine virale.

III. — Valeur comparative de l'exploration endoscopique et de l'analyse histologique dans l'établissement d'un diagnostic étiologique

Nous n'avons pu porter un diagnostic étiologique que dans 186 cas sur les 280 cas considérés. Ces résultats nous prouvent qu'il serait vain d'attendre de l'un ou de l'autre de ces examens une solution à la recherche de l'étiologie de tous les processus cirrhotiques.

La laparoscopie ne possède en effet qu'une valeur d'orientation étiologique. Elle peut suggérer une étiologie, mais elle ne peut l'affirmer. Certains aspects laparoscopiques nous permettent d'avancer des hypothèses de diagnostic étiologique sur des arguments tels que des modifications de volume, de surface ou de coloration. Il existe en effet des aspects laparoscopiques typiques qui nous font penser :

• En présence de variations de volume et de coloration :

— à une stéatose éthylique lorsque nous découvrons un gros foie à surface peu remaniée, à bord mousse, de coloration jaune ou orangée ;

— à une cirrhose associée à un foie cardiaque lorsque nous découvrons un gros foie congestif, à surface remaniée, de couleur vineuse ;

— à une cirrhose biliaire lorsque nous découvrons un foie verdâtre de cholostase. Mais en réalité il semble que cette coloration ne soit pas toujours manifeste ;

— à une cirrhose pigmentaire lorsque nous découvrons un foie à surface remaniée de couleur sombre, rouille, grisâtre ou bronzée. Cependant, nous avons vu que pouvaient se dissimuler des hémochromatoses sous des colorations normales ou pâles.

• *En présence de modifications importantes de la surface hépatique :*

— à une cirrhose éthylique lorsque nous découvrons un foie hypertrophique ou atrophique micronodulaire ou clouté, pâle ou d'une teinte jaune orangée soulignant les nodules et évoquant une stéatose associée ;

— à une cirrhose post-hépatitique ou post-nécrotique lorsque nous découvrons un foie de couleur sombre, rougeâtre, déformé par de volumineux nodules saillants qui lui donnent un aspect de foie pomme de terre.

Tous ces caractères morphologiques constituent des éléments d'orientation mais ils ne sont nullement spécifiques d'une étiologie particulière. En outre, nous avons vu qu'il n'existait pas de critère absolu pour déterminer en laparoscopie la nature post-hépatitique virale d'un processus cirrhotique.

L'histologie constitue incontestablement une méthode d'analyse plus fine mais ses possibilités diagnostiques sont réduites à la taille même du fragment hépatique recueilli, qui, même dans les meilleures conditions du prélèvement, est trop exigu pour que puissent être réalisées une étude architecturale et une approche étiologique satisfaisantes.

Les états pré-cirrhotiques sont certainement plus accessibles à un diagnostic étiologique que les états cirrhotiques, trop évolués. Les états pré-cirrhotiques sont en effet beaucoup plus tributaires de leur étiologie que les états cirrhotiques constitués. Laennec n'affirmait-il pas « qu'il ne faut pas envisager les lésions toutes faites, mais les lésions se faisant ».

L'autopsie lorsqu'elle est possible, constitue le moyen le plus sûr d'affirmer l'existence d'une cirrhose et d'en déterminer l'étiologie. Rumeau établissant une confrontation anatomo-étiologique à propos de 134 cas de cirrhose hépatique diagnostiquée cliniquement, ne retient que 99 foies cirrhotiques parmi lesquels il distingue :

— 64 cirrhoses éthyliques,

— 23 cas d'hépatite,

— 6 cas de cirrhoses mixtes et post-nécrotiques,

— 6 cas de stéatoses non cirrhogènes.

Nous avons pu constater l'intérêt évident de l'exploration nécropsique du foie pour confirmer ou révéler un diagnostic étiologique. C'est ainsi qu'a été confirmée chez l'un de nos malades, l'origine nutritionnelle de sa cirrhose, et qu'a été révélée chez l'autre sa nature post-hépatitique.

Obs. n° 114 : M^me^ C..., 56 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume surtout aux dépens du lobe gauche. Sa surface est pâle, irrégulière, d'aspect granité. Aspect de stéato-fibrose.

— Histologie : stéatose macrovésiculaire quasi-diffuse. Travées de fibrose fines disséquantes, isolant des amas d'hépatocytes. Ilots cellulaires de taille petite et irrégulière. Le point de départ des travées fibreuses est difficile à préciser. Cirrhose très probablement d'origine éthylique.

Autopsie quatre mois plus tard : cirrhose post-hépatitique, nutritionnelle avec lésions très avancées du parenchyme hépatocytaire (dégénérescence stéatosique généralisée) associée à la fibrose mutilante micronodulaire parsemée d'infiltrations lymphoïdes chroniques.

Obs. n° 115 : M^me^ P..., 58 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume, aspect de cirrhose nodulaire évoluée. Présence de nombreuses adhérences reliant le foie au péritoine pariétal antérieur. Ligament rond congestif.

— Histologie : cirrhose mutilante très évoluée. Travées de fibrose épaisses et denses morcelant les lobules en petits îlots. Petite infiltration inflammatoire chronique des travées cirrhotiques. Basophilie cytoplasmique fortement diminuée.

Cytosidérose discrète. Pas de stéatose.

Autopsie : sept mois plus tard. Cirrhose de type hépatique avec micro et macronodules disséminés sur toute sa surface.

Cirrhose post-hépatitique avec glomérulo-sclérose hépatitique.

Chapitre troisième

L'EVOLUTIVITE : ETUDE COMPARATIVE DES DONNEES DE LA LAPAROSCOPIE, DE L'HISTOLOGIE, DE LA CLINIQUE ET DE LA BIOLOGIE POUR L'APPRECIATION DU DEGRE D'EVOLUTIVITE DES PROCESSUS PRE-CIRRHOTIQUES ET CIRRHOTIQUES

L'évolutivité est à l'évolution, ce que la créativité est à la création. L'évolutivité est l'état de ce qui est encore susceptible d'évoluer, de se transformer, de s'aggraver. Elle est le moteur de l'évolution, la manifestation du potentiel d'activité, la traduction clinique, biologique, macroscopique et histologique d'un processus dynamique. Cependant, parvenue à un certain stade une cirrhose est dite évoluée sans être obligatoirement, pour autant, encore évolutive.

Quels sont donc ces critères d'évolutivité et comment se manifestent-ils ? Nous allons examiner ces critères d'un point de vue théorique dans un premier temps, d'un point de vue pratique dans un second temps en nous appuyant sur des cas concrets.

I. — Définition des critères d'évolutivité :

A. — *Sur le plan de la laparoscopie.*

La plupart du temps il n'existe aucun caractère morphologique particulier qui puisse faire suspecter à l'examen laparoscopique du foie, le degré d'évolutivité d'un processus cirrhotique, qu'il soit d'origine éthylique ou d'origine virale.

Cependant dans quelques cas nous avons pu observer une modification particulière de la surface hépatique consistant en un épaississement plus ou moins étendu de la capsule. La gangue épaisse ainsi formée recouvre la corticalité hépatique dissimulant

en partie à l'examen laparoscopique les remaniements de la trame et les modifications de coloration de la capsule de Glisson. Cette réaction de surface est généralement désignée par les termes de glissonite, de capsulite ou de périhépatite. Nous l'avons observé dans huit cas de processus cirrhotiques d'évolutivité intense assortie d'un pronostic défavorable. Ce caractère morphologique particulier nous a paru constituer un des principaux critères d'évolutivité macroscopique de rencontre. Il ne nous a cependant pas paru constituer un critère absolu. D'autres manifestations morphologiques parfois associées à la périhépatite elle-même, pourraient être considérées comme des témoins d'un état évolutif. Telles sont les manifestations d'hypervascularisation du péritoine pariétal associées ou non à des adhérences reliant la surface hépatique et le péritoine pariétal. Telle aussi l'apparition d'un épanchement ascitique. Néanmoins ces caractères associés, s'ils témoignent d'une évolutivité n'en sont probablement que des témoins passifs.

B. — *Sur le plan de l'histologie :*

Les critères histologiques d'évolutivité ont acquis un regain d'intérêt du fait de l'importance croissante des hépatites d'origine virale dont on connaît le potentiel d'activité.

Un processus cirrhotique est évolutif lorsqu'il comporte tout ou partie des caractères suivants :

— Des altérations parenchymateuses dégénératives et nécrotiques.

a) Les lésions dégénératives sont constituées principalement par :

- la clarification cytoplasmique,
- une dégénérescence granuleuse eosinophile qui peut aboutir à la constitution des corps de Mallory.
- la surcharge cellulaire stéatosique. La stéatose est en effet considérée par Albot comme un état cirrhogène, donc comme un signe d'évolutivité.

b) Les altérations parenchymateuses nécrotiques :

Les images de nécrose cellulaire souvent constatées dans les cirrhoses sont particulièrement instructives aux divers stades évolutifs des hépatites chroniques d'origine virale. En effet la nécrose constitue un élément d'évolutivité et un critère de pronostic dont l'intérêt est capital. Cet intérêt est tel que l'on a proposé une classification des hépatites virales qui fait intervenir les critères d'abondance et de répartition de la nécrose au sein du lobule hépatique. C'est ainsi que l'on distingue :

— une nécrose ponctuée ou disséminée (« spotty nécrosis »

des auteurs anglo-saxons) qui est une nécrose focale ne concernant que quelques hépatocytes et qui correspond à la « classic nécrosis » des auteurs anglo-saxons ;

— une nécrose parcellaire ou zonaire (« piece meal necrosis ») qui touche généralement la zone centro-lobulaire du lobule hépatique ;

— une nécrose massive, enfin, qui peut s'étendre à un lobule et même, selon l'expression des auteurs anglo-saxons, jeter des ponts entre plusieurs lobules ou, dans des cas extrêmes, occuper la totalité du parenchyme. Cette nécrose massive peut être le résultat de la confluence de nécroses parcellaires.

La nécrose classique et la nécrose hépatique massive ont fait l'objet d'une étude comparative récente par des auteurs anglo-saxons dont nous citons les travaux à l'appui de notre étude des critères de pronostic.

— Des altérations mésenchymateuses :

Si la nécrose constitue un critère d'évolutivité extrêmement important les altérations mésenchymateuses rassemblent des critères tout aussi importants. En effet, on accordera le plus grand intérêt :

— à l'existence d'infiltrats inflammatoires,

— à la sclérose et particulièrement à la largeur des bandes scléreuses de collagène néoformé et à la densité inflammatoire de ces bandes,

— à la densité inflammatoire des espaces portes.

— Des altérations parenchymateuses régénératives :

Il existe une régénération indirecte représentée par la dédifférenciation des travées hépatiques en pseudo-canalicules biliaires.

Nous retiendrons donc de ces manifestations d'activité histologique l'importance des phénomènes de nécrose et des phénomènes inflammatoires que nous rencontrerons le plus fréquemment.

C. — *Sur le plan de la clinique :*

L'apparition d'une circulation collatérale, la constatation de varices œsophagiennes, les poussées de décompensation œdémato-ascitique, les hémorragies digestives, la survenue d'un ictère, sont bien évidemment les signes cliniques d'un processus cirrhotique en pleine évolutivité. Toutes ces manifestations constituent les accidents évolutifs qui viennent émailler l'évolution d'une cirrhose. C'est en présence de tels signes, que l'on est amené à suspecter

l'aggravation d'un état cirrhotique déjà connu, ou à avoir dans certains cas la révélation d'une cirrhose qui était méconnue. L'évolutivité de ce processus cirrhotique ne fait pas de doute et l'on en aura généralement la confirmation biologique, parfois macroscopique et surtout histologique. Cependant, entre ces accidents évolutifs ou avant l'apparition de ceux-ci l'évolutivité d'un processus cirrhotique peut exister sans que l'on s'en doute.

D. — *Sur le plan biologique :*

Il nous est apparu que les critères d'évolutivité le plus fréquemment réunis sur le plan biologique étaient constitués par :

— la vitesse de sédimentation,
— le taux de prothrombine,
— les tests de floculation,
— l'électrophorèse des protéines surtout par les gammaglobulines,
— les tests immunologiques dans certains cas.

Il nous a paru nécessaire d'établir une distinction entre les processus cirrhotiques d'origine éthylique et les processus cirrhotiques post-hépatiques. En effet, leurs manifestations biologiques, tout comme leurs manifestations cliniques, macroscopiques et histologiques, sont différentes voire parfois opposées. Sur le plan biologique cette distinction nous a paru s'imposer surtout entre les processus cirrhotiques d'origine éthylique et les hépatites chroniques cirrhogènes d'origine virale. Les cirrhoses post-hépatiques constituées rejoignent dans leurs manifestations les cirrhoses éthyliques.

● Les processus cirrhotiques d'origine éthylique que nous avons eu à considérer se caractérisent par :

— une vitesse de sédimentation généralement très élevée dépassant 50 mm à la première heure, pouvant atteindre et même dépasser 100 mm.
— un taux de prothrombine assez souvent effondré particulièrement lorsqu'il s'agit de cirrhoses évoluées en poussées de décompensation.
— des tests de floculation assez régulièrement perturbés de façon importante.
— un taux de gammaglobulines se situant de façon générale au-dessus de 30 %, atteignant ou dépassant parfois 50 %.

● Les états cirrhogènes d'origine post-hépatitique ont des résultats biologiques moins altérés et contrastant parfois avec l'importance des lésions histologiques décrites :

— la vitesse de sédimentation est souvent normale ou peu élevée,

— le taux de prothrombine peut être abaissé, mais il est souvent subnormal,

— les tests de floculation sont atteints de façon variable,

— le taux des gammaglobulines est modérément augmenté dépassant rarement 30 %.

● Les cirrhoses post-hépatitiques constituées présentent des perturbations biologiques aussi importantes que les cirrhoses éthyliques, parfois plus accentuées.

En somme, les perturbations des tests biologiques représentent aussi d'excellents critères d'évolutivité.

II. — Confrontation des critères d'évolutivité suivant l'étiologie des processus cirrhotiques considérés

Nous avons pris pour référence la présence ou l'absence de critères macroscopiques d'évolutivité.

A. — *Les cirrhoses éthyliques :*

1° *Absence de critères d'évolutivité macroscopique..*

Notre première observation concerne un foie cirrhotique de surface granitée.

Obs. n° 116 : M^me^ C... Jeanne, 46 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume surtout aux dépens du lobe gauche. La surface est pâle, irrégulière, d'aspect granité. Aspect de stéato-fibrose.

— Histologie : (le 21 juillet 1965), stéatose macrovésiculaire quasi diffuse. Travées de fibrose fines, disséquantes, isolant des amas d'hépatocytes. Ilots cellulaires de taille petite et irrégulière. Le point de départ des travées fibreuses est difficile à préciser. Cirrhose très probablement d'origine éthyle.

— Autopsie le 21 juillet 1969 : cirrhose hépatique nutritionnelle avec lésions très avancées du parenchyme hépatocytaire (dégénérescence stétosique généralisée associée à la fibrose mutilante micronodulaire parsemée d'infiltrats lymphoïdes chroniques).

Nous retiendrons ici les critères évolutifs caractéristiques que constituent la stéatose et la fibrose mutilante inflammatoire.

Clinique :

— malade éthylique. Altération de l'état général : asthénie intense, anorexie, amaigrissement.

— subictère conjonctival et cutanéomuqueux fébrile, seul critère éventuel d'évolutivité.

— hépatomégalie modérée.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 115/121.

— taux de prothrombine : 95 %.

— test de floculation : Mac Lagan : 1,9.
Gros : 1,6.
Hanger : ++++.

L'évolutivité biologique nous paraît évidente.

Notre deuxième observation concerne un foie cirrhotique à surface vallonnée.

L'aspect macroscopique ne révèle pas de signes d'évolutivité évidente, mais l'atrophie hépatique témoigne d'un stade cirrhotique très évolué. On ne sera donc pas surpris de rencontrer des manifestations d'évolutivité importante tant sur le plan histologique, clinique que biologique.

Obs. n° 117 : M. G... Raymond, 63 ans

— Laparoscopie : foie atrophié avec vallonnements ébauchant des nodules cirrhotiques. Coloration claire.

— Histologie : cirrhose hépatique nodulaire avec stéatose modérée. Travées de fibrose épaisses inflammatoires. Pas de sidérose.

Clinique :

— éthylique ayant présenté un accident hémorragique digestif : hématémèse et mélœna. Cet accident semble constituer la première poussée évolutive de décompensation d'une cirrhose.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 78/90.

— taux de prothrombine : 75 %.

— tests de floculation : Mac Lagan : 15,5.
Gros : 2 ml.
Hanger : +.

— BSP : 55 % à la 45e minute.

Notre troisième observation concerne un foie cirrhotique à surface micronodulaire.

Nous sommes en présence d'un malade chez qui sont réunis d'importantes manifestations cliniques, biologiques et histologiques d'évolutivité contrastant avec l'indigence des critères d'évolutivité macroscopique.

Obs. n° 118 : M. T... Pierre, 42 ans

— Laparoscopie : seul le lobe gauche est bien vu. Il présente un aspect de cirrhose nodulaire avec cholostase. Sur le bord antérieur du foie existent de petites formations blanchâtres d'interprétation difficile.

— Histologie : la biopsie à la pince de ces formations révèle une très importante stéatose hépatique avec fibrose inflammatoire péri-lobulaire cirrhogène. Il existe une cholostase discrète. Le nodule superficiel est stéatosique.

Clinique :

— éthylique invétéré avouant boire 3 litres de vin par jour et quelques apéritifs. Ce malade présente :
— un ictère franc fébrile.
— une altération de l'état général :
  - asthénie,
  - anorexie,
  - amaigrissement.
— une circulation collatérale.
— une hépatomégalie débordant de trois travers de doigt.
— une splénomégalie palpable.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 100/113.
— tests de floculation : Mac Lagan : 1,6
  Gros : 2,1
  Hanger : ++++.
— Gammaglobulines : 19 %.

On note en outre :

— une bilirubine totale élevée : 150 mg (directe : 110 mg).
— des phosphatases alcalines élevées : 145.
— des lipides totaux à 9 gr. %.
— un cholestérol total à 4,50 gr.
— une BSP à 30 % à la 45^{e} minute.

En résumé, sont réunis chez ce malade les éléments d'un syndrome de Ziewe. Il existe, en effet :

— une cirrhose éthylique avec altération des tests de floculation ;

— un ictère par rétention avec hyperbilirubinémie et une augmentation des phosphatases alcalines ;

— une hypercholestérolémie ;

— une anémie hémolytique : 3 400 000 GR ;

— une érythroblastose médullaire ;

— une réticulocytose sanguine.

Notre quatrième observation concerne un foie cirrhotique macronodulaire.

Il n'existe pas de signes d'évolutivité macroscopique, à l'exception d'un petit épanchement ascitique. Mais il existe d'importantes manifestations évolutives cliniques biologiques et histologiques.

Obs. n° 119 : M^me^ L..., 40 ans

— Laparoscopie : foie énorme dont la surface est déformée par des nodules très volumineux portant sur les deux lobes. Le sillon du ligament rond est très profond. Il n'existe pas d'hypervascularisation du ligament rond. Très léger épanchement péritonéal.

Histologie : cirrhose avec stéatose. Cirrhose très évoluée avec larges travées fibreuses mutilantes riches en néocanalicules. Stéatose parenchymateuse abondante. Quelques infiltrats inflammatoires dans les travées fibreuses.

Clinique :

— Il s'agit d'une éthylique invétérée ayant déjà présenté 6 ans auparavant une poussée de décompensation ascitique, hospitalisée pour des hémorragies digestives très importantes : hématémèse et melœna.

Il existe :

— une altération de l'état général,

— une anorexie, des vomissements et des pituites matinales.

On note :

— une hépatomégalie nodulaire, dure, débordant jusqu'à l'ombilic,

— une rate percutable et palpable.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 54/86,

— taux de prothrombine : 87 %,

— tests de floculation : Mac Lagan : 3,5 U.
Gros : 2 ml.
Hanger : négatif.

— Recherche d'anticorps antiestomac : +++.

2° *Présence de critères d'évolutivité macroscopique :*

Ce sont, nous l'avons vu, l'épaississement de la capsule hépatique, la présence d'une ascite ou l'hypervascularisation du ligament rond et du péritoine pariétal qui peuvent témoigner d'un certain degré d'évolutivité.

a) *Présence d'une hypervascularisation du ligament rond ou d'une ascite :*

• Notre première observation : il existe une hypervascularisation du ligament rond et du péritoine pariétal associée à une ascite abondante.

Obs. n° 120 : M. S..., 71 ans

— Laparoscopie : cirrhose à nodules du volume d'une noisette. Ligament rond hypervascularisé. Sur le péritoine pariétal hypertension portale débutante. Ascite abondante.

Histologie : Parenchyme profondément modifié par une stéatose macrovésiculaire, de nombreux infiltrats focalisés de lymphocytes et une sclérose mutilante extensive hypovascularisée avec des dilatations pseudo-angiomateuses.

Clinique :

— Ethylique hospitalisé à l'occasion d'une première poussée de décompensation œdémato-ascitique. Il existe une circulation collatérale et une ascite abondante.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 56/83,

— tests de floculation : Mac Lagan : 5,4
Gros : 1,3
Hanger : ++.

L'association des éléments témoignant d'une hypertension portale correspond effectivement à des caractères d'évolutivité que viennent confirmer les autres données.

• Notre deuxième observation correspond à une cirrhose atrophique de type LAENNEC avec ascite abondante.

L'existence d'une ascite dans ce cas évoque une poussée évolutive que devaient confirmer les résultats des autres explorations.

Obs. n° 121 : M^me^ T... Noémie, 58 ans

— Laparoscopie : cirrhose atrophique de type LAENNEC. Ascite.

— Histologie : lésions hépatiques importantes. Le parenchyme est le siège d'une stéatose diffuse avec quelques petits foyers de nécrose hépatocytaire. Il est de plus divisé par de larges bandes scléreuses, infiltrantes, très denses, sans granulome inflammatoire associé. Il y a donc un processus cirrhogène évolué qui accompagne l'atteinte hépatocytaire.

Clinique :

— Malade éthylique ayant subi il y a 8 ans une cure de désintoxication alcoolique, hospitalisée à la suite d'une poussée ictéroascitique avec hémorragie digestive.

A l'entrée :

— état subcomateux avec tremblements, agitation, flapping tremor, hypertonie des membres inférieurs,

— altération de l'état général : asthénie, amaigrissement,

— ascite importante,

— pas d'hépatosplénomégalie.

On devait observer l'existence de varices œsophago-tubérositaires.

Biologique :

— vitesse de sédimentation,

— taux de prothrombine : 48 %,

— tests de floculation : Mac Lagan : 3,8
Gros : 1 ml
Hanger : ++++.

— Gammaglobulines : 45 %.

Cette observation réunit sur tous les plans considérés des caractères d'une évolutivité extrêmement intense.

b) *Présence d'une réaction capsulaire intense :*

Notre première observation concerne une cirrhose micronodulaire évoluée d'origine vraisemblablement éthylique associée à une capsulite intense.

Obs. n° 122, M^me^ D..., 57 ans

— Laparoscopie : foie augmenté de volume dans son ensemble. Surface remaniée par des nodules de petite taille. Capsulite très marquée au niveau du lobe gauche.

— Histologie :

- *biopsie à la pince,* glissonite scléreuse où dans un collagène dense on trouve de très nombreuses formations vasculaires tant sanguines que lymphantiques.
- *biopsie à l'aiguille :* cirrhose très évoluée. Stéatose macrovésiculaire parcellaire, sclérose mutilante très inflammatoire, déterminant la formation de très nombreuses images pseudo-canaliculaires.

Clinique :

— Altération de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement.

La malade est décédée trois mois plus tard dans un tableau de décompensation avec encéphalopathie porto-cave et hémorragie digestive grave.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 110/125,

— taux de prothrombine : 85 %,

— tests de floculation : Mac Lagan : 3,6
Gros : 2,7 ml
Hanger : +++.

— gammaglobulines : 27 %.

• Notre deuxième observation concerne une cirrhose macronodulaire d'origine vraisemblablement éthylique parvenue au stade terminal de cirrhose d'aspect post-nécrotique. On note aussi, ici, la présence d'une périhépatite intense.

Obs. n° 123 : M. C... Ernest, 63 ans

— Laparoscopie : foie de volume sensiblement normal, coloration pâle, dont la surface est très remaniée par des nodules de taille variable évoquant une cirrhose post-nécrotique. Au niveau du lobe droit périhépatite très importante.

— Histologie : cirrhose mutilante et inflammatoire. Anisocytose et ballonnisation hépatocytaire sans stéatose. Sclérose mutilante inflammatoire paraissant disséquer finement le parenchyme

Clinique :

Ethylique hospitalisé à la suite d'un épisode de décompensation œdématoascitique :

— avec œdème très important des membres inférieurs,
— avec ascite volumineuse,
— avec hémorragie digestive et douleurs abdominales associées avec état de choc.

Biologie :
— Tests de floculation : Mac Lagan : 7,2
Gros : 1 ml
Hanger ++++.
— Bloc bêta-gamma globulines : 63 %.

B. — *Les processus cirrhotiques post-hépatitiques d'origine virale :*

1° *Absence de critères d'évolutivité macroscopique :*

• Notre première observation correspond à un foie à surface peu remaniée, légèrement chagrinée. Il s'agit d'une hépatite chronique non cirrhogène.

— Laparoscopie : foie de couleur normale, lobe droit de surface lisse. Lobe gauche un peu chagriné.

— Histologie : l'aspect microscopique est celui d'une hépatite chronique active. On trouve, en effet, dans un parenchyme en anisocytose de très nombreux foyers de nécrose hépatocytaire ayant déclenché la formation de nodules histiocytaires assez limités. Il s'y associe une hyperplasie modérée mais diffuse des éléments kupffériens. Les fibres de réticuline subissent une transformation collagène progressive qui commence à mutiler ce parenchyme sans avoir encore cependant une architecture cirrhogène. Les veines sus-hépatiques sont également intéressées par cette sclérose.

Clinique :
hépatite persistante évoluant depuis 8 mois.

Biologie :
— vitesse de sédimentation : 16/33.
— taux de prothrombine : 90 %
— tests de floculation : Mac Lagan : 9
Gros : 1,2 ml
Hanger : ++++.
— Gammaglobulines : 36 %.

• Notre deuxième observation concerne également un foie à surface lisse. Mais il s'agit d'une hépatite chronique active cirrhogène.

Obs. n° 124 : M. S..., 33 ans

— Laparoscopie : foie de volume et de coloration sensiblement normaux, de surface peu remaniée, lisse dans l'ensemble, avec quelques zones en dépression cicatricielles.

— Histologie : aspect d'hépatite chronique cirrhogène. Le parenchyme montre encore des signes de souffrance, mais il n'y a que peu d'infiltration inflammatoire associée et en particulier on ne retrouve pas de lymphocytes. Il existe par contre une sclérose en larges bandes mutilantes, isolant des éléments parenchymateux sans former des pseudo-canicules. Cette sclérose est elle-même peu inflammatoire. Absence de cholostase et surcharge ferrique. Sclérose post-hépatitique d'architecture cirrhogène.

Clinique :

hépatite chronique évoluant depuis huit mois. On ne note ni subictère, ni hépatomégalie, ni splénomégalie.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 4/13

— taux de prothrombine : 83 %

— tests de floculation : Mac Lagan : 1,8 U.
Gros : 1, 4 ml
Hanger : +++.

— Gammaglobulines : 32 %

— Recherche d'anticorps antiestomac : positive faible

— Recherche d'anticorps antimuscle lisse : positive +.

• Notre troisième observation concerne un foie d'aspect macroscopique vallonné. Il s'agit d'une hépatite chronique cirrhogène.

Obs. n° 125 : M. C..., Robert, 46 ans

— Laparoscopie : foie un peu augmenté de volume, de coloration normale, de surface sensiblement normale, très discrètement remaniée (un peu vallonnée).

— Histologie : aspect d'hépatite chronique très évoluée nettement cirrhogène. On ne retrouve pas de nécrose parenchymateuse très importante, mais le tissu collagène néoformé s'accompagne d'une infiltration lymphohistiocytaire abondante.

Clinique :

— Hépatite prolongée évoluant depuis cinq mois.

— Hépatomégalie débordant le rebord costal de 3 travers de doigt.

— Etat général altéré : asthénie, anorexie, amaigrissement.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 12/26

— taux de prothrombine : 95 %

— tests de floculation : Mac Lagan : 1,8
Gros : 1,5 ml
Hanger : +++.

— Gammaglobulines : 28,5 %.

• Notre quatrième observation correspond à une cirrhose post-hépatitique typique. Le foie est d'aspect pomme de terre.

Obs. n° 126 : M^me^ D..., 70 ans

— Laparoscopie : foie globalement augmenté de volume, remanié en surface par des nodules de grosse taille. Foie pomme de terre typique.

— Histologie : Les images de souffrance parenchymateuse sont assez discrètes et l'on ne retrouve que quelques très rares foyers de nécrose, bien que l'infiltration lymphohistiocytaire soit assez diffuse. Par contre, l'organe est mutilé par une sclérose disséquante irrégulière et inflammatoire correspondant déjà à une image de cirrhose post-hépatitique.

Clinique :

Hépatite chronique évoluant depuis plusieurs semaines avec ictère cutanéomuqueux et hépatomégalie.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 140 mm à la 1re heure

— taux de prothrombine : 87 %

— tests de floculation : Mac Lagan : 4
Gros : 1 ml
Hanger : ++++.

— Gammaglobulines : 46 %.

— Antigène Australia SH 1/16 : positif.

— Anticorps AU SH 1/6 : positif.

— Pouvoir anticomplémentaire : 1/4.

Les phosphatases alcalines sont élevées à 1 200. Il n'est pas exceptionnel, dans les processus cirrhotiques post-hépatitiques. d'observer des phosphatases élevées.

On est surpris de constater la relative bonne tolérance clinique de cette cirrhose sur le plan clinique, contrastant avec son évolutivité très intense histologique, biologique et immunologique.

Mais l'on peut constater que les signes évolutifs biologiques sont aussi importants que dans le cas d'une cirrhose éthylique.

2° *Présence de critères d'évolutivité macroscopique : la capsulite :*

Obs. n° 127 : M^me^ C... Félicie, 65 ans

Cette observation correspond à une hépatite chronique cirrhogène.

— Laparoscopie : foie de volume et de coloration normaux, dont la surface est remaniée par des nodules de taille variable. En outre, au niveau du lobe gauche, capsulite très intense. Cirrhose post-hépatitique.

— Histologie : parenchyme souvent ballonnisé, infiltré d'éléments inflammatoires : hyperplasie mésenchymateuse diffuse. Absence de nécrose. Fibrose mutilante riche en éléments lymphoplasmocytaires. Nombreux pseudo-canicules. L'origine post-hépatitique est à retenir.

Clinique :

— Ictère cutanéomuqueux peu intense

— Altération de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 15/40

— taux de prothrombine : 63 %

— tests de floculation : Mac Lagan : 14,4
Gros : 1,2 ml
Hanger : ++++.

— Gammaglobulines : 30,6.%

— Anticorps antiestomac : positive.

CONCLUSION

De cette étude consacrée à l'analyse des critères d'évolutivité des processus cirrhotiques nous retiendrons la valeur hautement significative de l'histologie et de la biologie. En revanche, les signes macroscopiques d'évolutivité manquent souvent ou ne se traduisent que par la présence d'une réaction capsulaire, d'une ascite ou d'une hypervascularisation du ligament rond et du péritoine pariétal, témoins plus occasionnels que réellement spécifi-

ques. Les manifestations d'évolutivité histologique ont rarement de correspondance laparoscopique. Elles en ont presque toujours sur le plan clinique et biologique. Les signes d'évolutivité macroscopique ont généralement une correspondance histologique, clinique et biologique.

L'examen histologique permet d'apprécier le degré réel d'évolutivité d'une cirrhose alors que l'examen laparoscopique ne permet que d'observer des marques indirectes de cette évolutivité. L'examen laparoscopique paraît donc insuffisant voire même superflu dans le cadre des processus d'origine post-hépatitique. On connaît en effet l'extrême indigence des manifestations macroscopiques et la relative stabilité des remaniements de la surface hépatique qu'elles entraînent. Il serait donc vain de vouloir contrôler l'évolutivité d'une hépatite chronique par des examens laparoscopiques répétés. Des ponctions biopsies à l'aveugle ainsi que des dosages biologiques échelonnés seront les meilleurs garants d'un contrôle efficace, de l'évolutivité et du pronostic des processus cirrhotiques post-hépatitiques.

Chapitre quatrième

VALEUR PRONOSTIQUE DES EXAMENS LAPAROSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES

En effet, les examens histologiques et biologiques qui constituent d'excellents critères d'évolutivité participent par ces critères mêmes au pronostic des cirrhoses.

Les renseignements fournis par la laparoscopie et par la clinique ont eux-mêmes une importance décisive dans la création d'un pronostic.

— *Du point de vue macroscopique*, la périhépatite constitue un élément pronostique généralement défavorable, indiquant toujours l'existence d'un processus, sinon évolutif, du moins sûrement évolué.

Elle doit faire craindre un stade d'évolution histologique plus avancé que ne le laisse présager le degré d'évolution macroscopique apparente.

Le volume du foie, le degré de remaniement de la surface hépatique, l'état de vascularisation du ligament rond et du péritoine pariétal, la présence d'adhérences entre la surface hépatique et le péritoine, celle d'une ascite, constituent autant d'élémenrs de valeur pronostique.

Il convient ici encore d'opposer les états pré-cirrhotiques et cirrhotiques d'origine éthylique et les processus pré-cirrhotiques post-hépatitiques.

Les cirrhoses post-hépatitiques ont pour leur part une traduction morphologique qui les rend aussi accessibles que les cirrhoses éthyliques à une appréciation pronostique.

— En ce qui concerne les cirrhoses éthyliques, il est évident qu'il n'y a pas de commune mesure entre un malade porteur d'un gros foie peu remanié avec une simple exagération du réticulum ou un discret aspect chagriné de surface sans aucun élément associé de périhépatite ou d'hypertension portale et un malade porteur d'un foie atrophié, mince, clouté qu'il faut aller chercher loin sous le rebord costal, tapissé de périhépatite et d'adhérences le reliant au péritoine pariétal, avec un ligament rond congestif. Le premier est aisément accessible à la thérapeutique qui est en mesure de le guérir ou de le stabiliser en cet état. Le second est exposé aux multiples poussées de décompensation jusqu'à l'accident évolutif terminal, qui survient souvent dans les mois qui suivent. L'observation que voici réunit tous les éléments d'une évolution fâcheuse.

Obs. n° 128 : M^me^ B..., 46 ans

Clinique :

Ethylique très amaigrie, en état de décompensation majeure avec une ascite et des œdèmes des membres inférieurs considérables. L'examen à l'entrée permet de noter :

— un teint sub-ictérique ;

— une circulation collatérale abdominale ;

— une hépatomégalie débordant le rebord costal de quatre travers de doigt.

La malade est dans un état de torpeur progressivement croissante avec hyperammoniémie. Moins d'un mois après le début de son hospitalisation, survient une hématémèse importante de sang rouge. Moins de trois mois après le début de son hospitalisation, la malade meurt.

Biologie :

— Taux de prothrombine : 75 %

— Tests de floculation : Mac Lagan : 17
Gros : 1,5 ml
Hanger : ++.

— Protides abaissées : 53,5 g avec des gamma-globulines considérablement augmentées.

— Anémie : 2 400 000 globules rouges.

— Laparoscopie : ascite importante avec circulation collatérale considérable et hernie ombilicale. Le ligament rond est très vascularisé. L'ascite gêne l'exploration du foie. Seul le bord antérieur du lobe droit a été vu. Cirrhose du type de Laënnec.

— Histologie : image de stase vasculaire intra-cardiaque avec discrète stéatose et réaction cirrhogène débutante, associée.

— Autopsie : cirrhose nodulaire de type éthylique, avec stéatose modérée.

En ce qui concerne les processus pré-cirrhotiques post-hépatitiques, nous n'insisterons pas sur la pauvreté des éléments de pronostic des hépatites chroniques actives dont l'expression morphologique n'est que le reflet très infidèle de leur stade évolutif réel. Il n'est pas possible de formuler un pronostic sur des données macroscopiques.

En ce qui concerne les processus cirrhotiques post-hépatitiques, l'aspect macroscopique est généralement assez évocateur du degré d'évolution de la cirrhose surtout lorsqu'il s'agit d'un foie d'aspect pomme de terre. Cependant, l'histologie et la biologie demeurent les examens indispensables à une juste évaluation du pronostic.

Du point de vue histologique, l'existence, l'intensité, la diffusion des infiltrats inflammatoires constituent un des éléments pronostiques majeurs communs à toutes les cirrhoses. Des infiltrats localisés aux espaces portes seront évidemment d'un pronostic moins sombre que ceux qui seront étendus au lobule.

Le deuxième argument pronostique est constitué par l'intensité et la répartition de la nécrose. Cet argument considéré comme primordial a fait l'objet de nombreuses études, notamment en ce qui concerne les hépatites chroniques. De nombreux auteurs se sont penchés sur ce problème créé par la multiplication et la gravité des processus cirrhotiques d'origine virale.

Par leurs travaux, Popper, Schaeffer et de Groote, en étudiant la nature et l'importance des lésions hépatocytaires au cours des hépatites chroniques, ont contribué à établir une classification de ces dernières. On distingue ainsi :

— les hépatites chroniques persistantes ou inactives comportant une inflammation portale, une fibrose minime et une tendance à l'accumulation des cellules inflammatoires. On y constate une nécrose focale très disséminée (spotty nécrosis). La guérison sans séquelle est habituelle ;

— les hépatites chroniques agressives qui représentent les hépatites chroniques actives évolutives. L'inflammation portale et la fibrose y sont plus marquées et plus diffuses. De plus, la

fibrose y a une tendance très nette à disséquer le parenchyme hépatique périphérique. Les cellules de Küpffer sont hypertrophiées et l'on trouve des éléments inflammatoires autour des vaisseaux sanguins et le long des sinusoïdes. La nécrose hépatocytaire y est nette, focale ou plus souvent zonaire (piece meal necrosis) ou exceptionnellement massive (subacute hepatic necrosis des auteurs anglo-saxons). Selon l'intensité de cette lésion, on peut distinguer deux variétés dans ce groupe même :

— une forme modérée d'hépatite agressive évoluant généralement vers la guérison en moins de deux ans ;

— une forme sévère avec distorsion architecturale marquée pouvant évoluer vers la cirrhose et ne se différenciant de celle-ci à ce stade que par l'absence de régénération nodulaire vraie.

Le problème de la filiation entre les hépatites chroniques et l'étiologie virale n'a pas été résolu entièrement. Il existe, en effet, des lésions dont l'aspect et l'évolution sont comparables à celles des hépatites chroniques d'origine virale, mais dont l'étiologie est différente. La conséquence, à court, à moyen et à long terme, des hépatites chroniques évolutives d'origine virale est constituée par la cirrhose post-hépatitique qui n'en est cependant pas toujours le terme obligatoire.

Tous les auteurs n'accordent pas la même importance à cette évolution. Certains, nous venons de le voir, pensent que l'hépatite chronique et la cirrhose peuvent succéder à une maladie cliniquement très proche de l'hépatite virale. Et l'on connaît l'éventualité de voir évoluer vers la chronicité une hépatite infraclinique ou anictérique.

Le passage de l'hépatite chronique à la cirrhose n'est pas connu avec précision et de façon indiscutable. Cependant, Schaeffer, Schiff, Gall et Oikawa relatent l'observation de trois cas où le passage de l'hépatite à la cirrhose s'était fait à bas bruit en dix-huit mois, alors que n'existait plus aucun élément clinique ou biologique d'évolutivité et qu'il n'y avait plus de nécrose. Selon Thaler, la phase pré-cirrhotique serait de très courte durée. La taille et la topographie des zones de nécrose, à la phase aiguë de l'hépatite, déciderait en quelques heures ou en quelques jours de l'évolution vers la cirrhose post-hépatitique. Il existe cependant des cas où l'évolution cirrhogène se produit après une assez longue période d'hépatite chronique.

La nécrose disséminée que nous avons rencontrée le plus fréquemment au cours de notre étude peut guérir au stade aigu ou subaigu ou s'acheminer par un stade chronique vers la cirrhose post-hépatitique.

La nécrose massive dont nous n'avons enregistré aucun cas

comporte assez souvent une évolution fatale avant le dixième jour dans le cas de l'hépatite fulminante ou après le dixième jour dans celui de l'hépatite grave aiguë. Certains néanmoins peuvent guérir, d'autres passer au stade de cirrhose post-hépatitique. C'est ce qui ressort de l'étude comparative consacrée par James L. Boyer et Gerald Klatskin à la nécrose hépatique sub-aiguë, nécrose massive qui lance des ponts entre les lobules et la nécrose classique ponctuée ou disséminée (spotty necrosis), nécrose focale.

Les éléments de pronostic qui nous sont fournis par la biologie et l'histologie prennent une valeur très significative lorsque sont pratiqués des examens réitérés. C'est ainsi que l'on pourra assister à des évolutions défavorables, à des évolutions favorables, à des stabilisations.

A) *Evolution défavorable :*

1° *Obs. n° 129 :* M. B..., 61 ans

Chez ce malade, une deuxième ponction-biopsie du foie, pratiquée six mois après une première ponction-biopsie dirigée, vient confirmer une évolution défavorable.

— Laparoscopie : foie de volume sensiblement normal, de surface déformée par un large vallonnement ébauchant de gros nodules de cirrhose.

— Première histologie : lésions d'hépatite chronique sans processus cirrhogène.

— Deuxième histologie : lésions nettement cirrhogènes d'hépatite chronique active.

2° *Obs. n° 130 :* M. C..., 40 ans

Ici encore, évolution défavorable confirmant les premières constatations. Dans ce cas, il s'agit d'une ponction-biopsie dirigée réalisée un mois après une ponction-biopsie à l'aveugle.

— Première histologie : image d'hépatite chronique active. Stéatose macro-vésiculaire parcellaire irrégulièrement répartie. Présence de rares foyers de nécrose avec afflux histiocytaire. Par contre, des bandes de sclérose riches en éléments inflammatoires partent des espaces portes et affectent une architecture mutilante de type cirrhogène.

— Deuxième histologie : foie de cirrhose avec travées scléreuses assez importantes, infiltrées de lymphocytes avec de nombreux néo-canalicules biliaires.

3° Evolution défavorable une fois encore, évolution terminale aussi, chez ce malade dont l'hépatite chronique évoluait depuis 1954 sans épisode ictérique connu avant cette date.

Obs. n° 131 : M. D..., 64 ans

— Laparoscopie : février 1970 : cirrhose très évoluée. Lobe droit du foie seul visible, très déformé, avec nodules irréguliers (certains volumineux et foncés). Nombreuses pseudo-vésicules.

— Histologie (ponction-biopsie post-mortem en juin 1970) : prélèvement assez abondant ayant porté sur un parenchyme stéatosique très mutilé par des bandes de sclérose larges et irrégulières assez riches en éléments lymphohistiocytaires et donnant l'aspect d'une cirrhose post-hépatitique. On ne retrouve pas d'image de nécrose parenchymateuse.

B. — *Evolution favorable* d'une hépatite chronique active.

1° *Obs. n° 132 :* M^me^ H..., 26 ans

— Première hospitalisation : ictère franc cutanéo-muqueux.

— Laparoscopie : octobre 1969 : foie un peu augmenté de volume, de surface lisse, cholostase très discrète.

Biologie :

— bilirubine totale 320 mg (200 directe)

— taux de prothrombine : 67 %

— vitesse de sédimentation : 15-35

— Mac Lagan : 1

— Hanger : +++

— Gros : 1,7 ml

— T.G.O. : 250

— T.G.P. : 450

— Deuxième hospitalisation : persistance de transaminases élevées et de tests de floculation altérés.

— Laparoscopie : juin 1970 : foie de couleur normale. Lobe droit de surface lisse. Lobe gauche un peu chagriné.

— Histologie : aspect microscopique d'une hépatite chronique active. On trouve en effet dans un parenchyme en anisocytose de très nombreux foyers de nécrose hépatocytaire ayant déclenché la formation de nodules histiocytaires assez limités. Il s'y associe une hyperplasie modérée mais diffuse des éléments küpffériens. Les fibres de réticulum subissent une transformation colla-

gène progressive qui commence à mutiler ce parenchyme sans avoir encore cependant une architecture cirrhogène. Les veines sus-hépatiques sont également intéressées par cette sclérose.

Biologie :

— bilirubine totale : 22 mg
— phosphatases alcalines : 140
— gamma-globulines : 36
— Mac Lagan : 9
— Hanger : ++++
— Gros : 1,2 ml
— T.G.O. : 730
— T.G.P. : 400
— B.S.P. : 60 %

Ponction-biopsie à l'aveugle : novembre 1970.

On assiste par rapport à l'examen précédent à une disparition à peu près complète des signes d'activité de cette hépatite. Il n'y a plus de nécrose ni d'infiltrats inflammatoires du parenchyme. Les espaces portes sont soulignés par une sclérose collagène dépourvue de tout cortège inflammatoire qui mutile un peu le parenchyme mais n'ont jamais une architecture lobulaire. L'évolutivité paraît donc actuellement éteinte et il n'y a pas de surcharge ferrique ni de cholostase dans un parenchyme par ailleurs pratiquement normal.

2° *Evolution favorable biologique et histologique* d'une hépatite chronique active cirrhogène. Dans l'observation suivante, une ponction-biopsie dirigée a été réalisée trois mois après une première ponction-biopsie dirigée. Durant cette période a été institué un traitement par immuno-suppresseurs.

Obs. n° 133 : M. L..., 33 ans

— Première laparoscopie : foie de volume et de coloration sensiblement normaux, de surface peu remaniée, lisse dans l'ensemble avec quelques zones en dépression cicatricielles.

— Histologie : aspect d'hépatite chronique cirrhogène. Sclérose à larges bandes mutilantes. En conclusion, sclérose post-hépatitique d'architecture cirrhogène.

Biologie :

— vitesse de sédimentation : 4-13
— taux de prothrombine : 75 %
— gamma-globulines : 25,5 %

— T.G.O. : 1 100
— T.G.P. : 286
— Mac Lagan : 1,5 unités
— Hanger : +++
— Gros : 1,4 ml
— Deuxième laparoscopie : même aspect.
— Histologie : les lésions constatées lors de l'examen précédent ont considérablement regressé. Il n'y a plus de nécrose, ni d'involution cytoplasmique. La sclérose ne mutile pas et l'aspect cirrhogène précédemment noté n'est pas retrouvé.

Biologie :
— taux de prothrombine : 87 %
— gammaglobulines : 28,7 %
— T.G.O. : 85
— T.G.P. : 36
— Mac Lagan : 3,6
— Hanger : +
— Gros : 2 ml

Il existe donc dans ce cas une régression des signes biologiques confirmée par l'histologie. S'agit-il réellement d'une rétrocession du processus cirrhogène ? Il faudrait admettre que le prélèvement hépatique était suffisamment important pour donner des éléments objectifs d'appréciation de l'ensemble de l'organe, ce qui est pratiquement impossible.

C. — On peut assister, sinon à une amélioration, du moins à une stabilisation des lésions du point de vue histologique sans que celles-ci soient confirmées par les résultats des examens biologiques.

Obs. n° 134 : M. A...

— Première hospitalisation : malade hospitalisé au cours de la phase pré-ictérique d'un ictère par hépatite à la suite de l'apparition brutale d'un syndrome douloureux intense thoraco-abdominal. Apparition quinze jours plus tard d'un ictère franc cutanéo-muqueux. Le malade présentait déjà une pigmentation cutanée foncée.

Biologie :
— T.G.O. : 2 410
— T.G.P. : 690

— Mac Lagan : 3

— Hanger : + + +

— Gros : 1,7 ml

— Fer sérique : 225 gammas

— Epreuve d'hyperglycémie provoquée de type pré-diabétique

— Taux bas des 17 OH et des 17 CS

— Laparoscopie : foie déformé en surface par des nodules de sclérose débutante, mais certaine.

— Histologie : parenchyme profondément modifié par des lésions hépatocytaires et fibreuses ayant l'aspect d'une hépatite chronique cirroghène. On trouve de très nombreux pigments à la fois parenchymateux et mésenchymateux prenant fortement le Perls. Hépatosidérose considérable. Image compatible avec le diagnostic d'hémochromatose.

— Deuxième hospitalisation : trois semaines plus tard pour des douleurs abdominales avec une réascension du taux des transaminases.

Biologie :

— T.G.O. : 1 240

— T.G.P. : 410

— Mac Lagan : 8,60

— Hanger : + + + +

— Gros : 1,3 ml

— Fer sérique : 70 gammas

— Laparoscopie : foie de coloration sensiblement normale, plutôt claire. Surface peu remaniée. Sur le lobe droit, travées blanchâtres discrètes de fibrose. Le lobe gauche est plus remanié, chagriné, capitonné avec fibrose blanchâtre dans les sillons.

— Histologie : les lésions observées sont du même type que précédemment, mais elles sont atténuées. La souffrance parenchymateuse est moindre et il y a une stéatose micro-vésiculaire. L'hépatosidérose a presque totalement disparu. La fibrose n'est plus importante. Elle est toujours inflammatoire. Aspect persistant d'hépatite active sans que la tendance cirrhogène ne soit confirmée.

Dans ce cas, nous serions tentés d'accorder plus de crédit aux résultats biologiques qu'aux données de l'histologie.

L'intérêt de pratiquer des examens biologiques et histologiques associés nous paraît évident.

Notre dernière observation résume l'évolution d'une hépatite

chronique sur deux années, analysée par trois ponctions biopsies dirigées et deux ponctions biopsies à l'aveugle.

Obs. n° 135 : M^me^ L..., 18 ans

Clinique :

— au mois de septembre 1968, apparition d'un ictère, traité par les corticoïdes ;

— au mois de décembre 1968, première rechute ;

— au mois de juin 1969, deuxième rechute. Une laparoscopie et une ponction biopsie sont pratiquées ;

— au mois de décembre 1969 : troisième rechute à la suite d'un syndrome grippal. Institution d'un traitement par les immuno-suppresseurs.

— Première laparoscopie : juin 1969.

Une ponction biopsie lui a été associée:

— Histologie : lésions d'hépatite chronique active avec infiltration inflammatoire et tendance nettement sclérogène.

Une deuxième ponction biopsie, aveugle, est réalisée :

— Histologie (ponction biopsie à l'aveugle, octobre 1969). Lésions hépatocytaires d'hépatite chronique active associant stéatose microvésiculaire parcellaire non systématisée et une ballonnisation diffuse du cytoplasme. Les noyaux sont réguliers. La trame collagène et le réseau küpffférien sont peu modifiés. Pas d'infiltration inflammatoire. Aucun espace porte n'est représenté en totalité, mais la tendance sclérogène paraît très modérée. Les lésions observées sur l'examen précédent étaient beaucoup plus inflammatoires et nettement sclérogènes. Ces deux éléments ne sont pas retrouvés.

— Seconde laparoscopie : janvier 1970. Foie de dimensions sensiblement normales, de surface nettement déformée par un vallonnement large. Coloration congestive.

Histologie : confirmation du diagnostic. Il s'agit en effet d'une cirrhose post-hépatitique d'allure encore évolutive comme en témoigne la présence d'éléments inflammatoires dans les travées fibreuses. Stéatose de nombreux hépatocytes.

Biologie :

— bilirubine totale : 53 mg

— Mac Lagan : 9,2

— Hanger : + + + +

— Gros : 1,7 ml

— T.G.O. : 900
— T.G.P. : 490
— gamma-globulines : 46 %

— Histologie (ponction-biopsie à l'aveugle) : mars 1970. Hépatite sub-aiguë cirrhogène : travées conjonctives denses sans systématisation particulière.

— Troisième laparoscopie : janvier 1971. Même aspect mais plus accusé que le 15 janvier 1970. Le lobe gauche est très hypertrophié et vient déborder vers la droite. Surface fortement remaniée avec l'ébauche de gros nodules.

— Histologie : pas de modification des lésions. Des images de nécrose parenchymateuse persistent, mais elles sont moins nombreuses. Sclérose très inflammatoire lympho-histiocytaire. Le nombre des nodules n'est pas majoré. Aspect d'hépatite chronique cirrhogène.

Biologie :
— bilirubine totale : 13
— phosphatases alcalines : 240
— B.S.P. : 60 %
— vitesse de sédimentation : 100/127
— protéines totales : 106 ; gammaglobulines : 52 %
— T.G.O. : 560
— T.G.P. : 106

Il existe donc dans ce cas une dissociation entre les données cliniques avec l'apparition de douleurs articulaires, les données de l'endoscopie avec l'ébauche de nodules, celles de la biologie avec une hyperprotidémie et une hypergammaglobulinémie ainsi qu'une vitesse de sédimentation très accélérée et enfin celles de l'histologie qui ne constate pas d'aggravation notable.

CONCLUSION

Les examens biologiques et histologiques ont incontestablemen une valeur pronostique supérieure à celle des explorations cliniques et endoscopiques. Contribuant à formuler un pronostic au départ, ces examens renouvelés régulièrement, permettent de réviser un premier pronostic et d'adapter une conduite thérapeutique par des contrôles successifs.

L'examen histologique est un examen fondamental pour apprécier l'évolutivité et formuler un pronostic dans le cadre des états pré-cirrhotiques, et cirrhotiques post-hépatitiques.

Dans le cadre des foies alcooliques, la pratique des examens endoscopiques se révèle souvent suffisante pour pouvoir formuler les termes favorables ou défavorables d'un pronostic.

CONCLUSION

L'objet de notre étude était de confronter l'apport des données de la laparoscopie à celles de l'histologie pour le diagnostic positif et étiologique et pour l'appréciation de l'évolutivité et des éléments de pronostic des états pré-cirrhotiques et cirrhotiques.

L'examen laparoscopique donne une vision globale de la surface hépatique, mais il n'est pas certain que deux processus cirrhotiques de même étiologie aient une expression morphologique identique au même stade de leur évolution.

L'examen histologique s'appuie sur un fragment réduit de parenchyme hépatique. Les éléments qui constituent la glande hépatique peuvent être assimilés à une population au sein de laquelle le fragment prélevé représente l'échantillon analysé. Il n'est pas possible d'affirmer que cet échantillon isolé, de petite taille, est bien représentatif de l'ensemble de l'organe. Il nous paraît erroné de croire qu'il existe une diffusion du processus cirrhotique au parenchyme tout entier.

Du point de vue du diagnostic positif, la laparoscopie nous permet de présager du degré évolutif d'un processus cirrhotique, à travers son expression morphologique. En effet, la confrontation des données de la laparoscopie et de l'histologie nous ont prouvé que la gradation dans les remaniements de la surface hépatique correspond effectivement à une gradation dans l'intensité du processus cirrhotique. C'est ainsi que nous avons pu distinguer :

— les processus pré-cirrhotiques représentés par :
  - des foies à surface lisse, souvent jaunes de coloration, à bord antérieur mousse évoquant des foies de stéatose,
  - des foies peu remaniés, chagrinés, correspondant à des foies de fibrose débutante,
  - des foies à surface remaniée, vallonnée et granitée, correspondant à des foies de fibrose évoluée ;

— les processus cirrhotiques représentés par :
  - des foies à surface vallonnée et granitée, pouvant dans certaines circonstances faire évoquer des cirrhoses débutantes,

- des foies à surface très remaniée, micronodulaire, parfois atrophiés et cloutés tels que les décrivait LAENNEC, des foies à surface très remaniée macronodulaires, parfois véritablement bosselés, d'aspect typiquement « pomme de terre » font évoquer des états cirrhotiques évolués.

Cependant ce schéma n'est pas toujours respecté, et il n'est pas rare que des cirrhoses confirmées se dissimulent sous des aspects macroscopiques moins perturbés. Dans ce cas il s'y associe presque toujours d'autres éléments de valeur diagnostique certaine, tels qu'une ébauche nodulaire, un épaississement de la capsule, une hypervascularisation du ligament rond, une ascite, des pseudo-vésicules ou des adhérences reliant la surface hépatique et le péritoine pariétal.

La laparoscopie nous a paru souvent suffisante pour établir de façon formelle un diagnostic positif en présence de foies à surface lisse, mais surtout chagrinée, micronodulaire et macronodulaire. Elle se révèle souvent incapable de faire évoquer un diagnostic formel lorsqu'il s'agit de foies à surface vallonnée ou granitée. Ces remaniements semblent en effet correspondre à des états cirrhotiques intermédiaires entre la pré-cirrhose et la cirrhose constituée. C'est en effet en présence de ces remaniements que nous avons eu à déplorer le plus de discordances entre les données de la laparoscopie et celles de l'histologie.

La laparoscopie nous a paru constituer un moyen sûr et efficace de dépistage des cancers sur cirrhose. Elle permet de guider le prélèvement à l'aiguille, et le prélèvement à la pince, dont c'est là la meilleure indication.

Elle nous a paru suffisante pour déceler les hémochromatoses, lorsque celles-ci se manifestent par une teinte rouille ou grisâtre. Elle s'est toujours montrée insuffisante en l'absence de ces caractères.

Elle nous a paru enfin totalement incapable de prévoir le stade évolutif des hépatites chroniques actives d'origine virale dont l'expression morphologique est souvent absente ou se traduit par un simple vallonnement. Tout semble se passer dans ce cas comme si l'évolution précipitée du processus viral n'avait pas eu le temps d'atteindre la surface hépatique.

La laparoscopie constitue un examen initial indispensable dans tous les cas où l'on suspecte l'existence d'un processus cirrhotique débutant ou évolué. L'examen histologique ne nous paraît s'imposer que dans les cas où il subsiste un doute et surtout en présence de foies vallonnés ou granités qui correspondent à des stades évolutifs de transition.

Du point de vue du diagnostic étiologique, nous avons souligné la carence des moyens d'exploration laparoscopique et histologique pour parvenir à une certitude étiologique totale. Cependant, dans certains cas la coloration du foie, certaines modifications de son relief nous permettent de nous orienter avec quelque certitude, vers un diagnostic étiologique. La teinte chamois d'un gros foie lisse et mousse, évoque incontestablement un foie de stéatose alcoolique. Que cette coloration soit associée à une surface micronodulaire et l'on peut envisager le diagnostic de foie de cirrhose éthylique. Une teinte rouille ou grisâtre, nous fait évoquer une surcharge ferrique, une teinte verdâtre, une cirrhose cholostatique. Que la surface soit macronodulaire, elle nous fait alors évoquer une cirrhose post-hépatitique ou post-nécrotique. Certes il existe de nombreuses exceptions à ces critères, mais ils constituent néanmoins de bons éléments d'orientation étiologique.

L'histologie nous offre d'autant plus de certitude étiologique que le prélèvement biopsique est lui-même de plus grande taille. Les biopsies chirurgicales et les examens autopsiques, qui ont pu être réalisés nous en ont fourni la preuve.

Du point de vue de l'évolutivité la laparoscopie ne nous a pas paru constituer un examen essentiel. En effet, l'aspect macroscopique d'un foie est peu évocateur du degré d'évolutivité réel d'un processus cirrhotique. La clinique, mais surtout l'histologie et la biologie, représentent un ensemble de critères qui permettent de contrôler l'évolutivité d'un processus, de formuler, voire de réviser les termes d'un pronostic.

Du point de vue du pronostic, l'examen laparoscopique permet dans bien des cas de processus cirrhotiques, d'origine éthylique, d'établir un pronostic favorable ou défavorable. Il n'en est pas de même des processus cirrhotiques d'origine virale où la laparoscopie ne représente aucune valeur pronostique. Dans ce cas les examens histologiques et biologiques régulièrement renouvelés et associés nous paraissent constituer la meilleure garantie d'appréciation de l'évolutivité et du pronostic des processus cirrhotiques d'origine virale.

En résumé la laparoscopie et l'histologie peuvent toutes deux être prises en défaut, l'une parce qu'elle concerne une manifestation indirecte et souvent différée d'un processus morbide, la seconde parce que ce processus n'atteint pas d'emblée la totalité de la glande hépatique et son revêtement. Dans le cas d'une discordance entre les données de la laparoscopie et de l'histologie, on accordera volontiers plus de crédit à l'examen dont les données seront les moins optimistes. Un examen laparoscopique ou histo-

logique négatif ne prouve rien, particulièrement lorsqu'il est en désaccord avec les données cliniques et biologiques.

Le diagnostic et l'interprétation de l'évolutivité et du pronostic d'un processus cirrhotique forment un tout dont les données cliniques, biologiques, laparoscopiques et histologiques, doivent constituer aussi souvent que possible les éléments indispensables et indissociables.

Le Président de Thèse

J. GADRAT

Vu : Le Doyen

G. LAZORTHES

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 4 mars 1971

Le Recteur

Président du Conseil de l'Université

BIBLIOGRAPHIE

Albot G. — Hépatites et cirrhoses, *Thèse Méd. Paris*, n° 483, Edit. Masson, 1931.

Albot G. — Sur la classification anatomique des hépatites et des cirrhoses, *Ann. Anat. Path.*, 1936, 13, 906.

Albot G. et Coll. — Des hépatites alcooliques à la cirrhose. *Sem. Hx. Paris*, 1954, 30, n° 40, 2 531.

Albot G., Dupuy R., Herman J., Corteville M. — Des hépatites stéatosiques à la cirrhose. Etude critique du rôle de la stéatose dans la genèse de la cirrhose. *Sem. Hx. Paris*, 1954, 30, n° 40, 2 547.

Albot, Dupuy R., Herman J., Corteville M. — Des hépatites cytolytiques à la cirrhose. Modalités évolutives propres. *Sem. Hx. Paris*, 30, n° 40, 2 559.

Albot G., Herman J. et Corteville M. — Essai clinique, biologique et histologique sur l'évolution de la stéatose à la cirrhose alcoolique du foie. *Pres. Méd.*, 1953, 1, 541.

Albot G., Schlumberger C.S., Faye C.M., Ruffino J., Raimbault S. — Les hépatites alcooliques subaiguës non cirrhogènes. *Sem. Hx. Paris*, 1956, 30/4 ; 1706-1722.

Berthon M.P. — Intérêt de la laparoscopie et de la fonction biopsie du foie au cours de 200 observations cliniques. *Thèse Méd. Grenoble*, 1964, n° 18.

Berthelot J. — Les formes prolongées de l'hépatite virale. *La Rev. de Méd.*, 1964, 5, 987-994.

James L. Boyer, M.D. and Klatskin M.D. — Pattern of necrosis in acute viral hepatitis. Prognostic value of bridging (subacute hepatie necrosis). *The New England Journ. of Med.*, 1970, v. 283, n° 20, 1063-1071.

Brailski C. — Explorations laparoscopiques et fonctions biopsies du foie dans la cirrhose hépatique. *Rev. Int. Hépat.* 1963, T. 13, n° 8, 645-654.

Cachin M. et Coll. — L'hépatite chronique post-virale. *Sem. Hx. Paris*, 1964, 40, 3008-3029.

Caroli J. — Valeur comparative de la laparophotographie en couleur et de la ponction biopsie dans le diagnostic des affections du foie et des voies biliaires. Da « Studie ricerche in epatologia » Ed. « Il pensiero scientifico » Roma, 1958.

Caroli J. et Coll. — De l'importance de la laparoscopie et de la laparophotographie en couleur dans la classification anatomochimique des cirrhoses du foie. In « Cirrhose alcoolique et nutritionnelle » 91, 1959, Masson.

Cazal P. et Mirouze J. — Histopathologie du foie alcoolique. Rapport présenté au XXXIIe Congrès Fr. de Méd. 1959 Lausanne. In « Cirrhose alcoolique et nutritionnelle ». Masson, éd. Paris, 117-138.

De Groote J., Desmet N.J., Gedigk P., Korb G., Popper H., Poulsen H., Scherer P.J., Schmid M., Thaler H., Uchlinger E. et Wepler W. — Classification de l'hépatite chronique. *Presse Méd.*, 1968, 70, 2051-2052.
Etienne J.P. — La laparoscopie dans le diagnostic des affections de l'abdomen. *Gaz. Méd.*, 1968, T 73, N° 2481-2497.

Faure A. — Confrontation de l'aspect laparoscopique avec les données cliniques, biologiques et histologiques à propos de 220 cas de cirrhoses du foie. *Thèse Méd.* Toulouse, 1966, N° 114.

Fodor O., Paran N., Nicoara Ch. et Ban A. (Cluj.). — Investigations sur le mécanisme immunologique dans l'hépatite chronique de la cirrhose hépatique post-virale. *Rev. Int. Path.*, 1963, 15, 1247-1255.

Fuchs D. — Etude des cirrhoses post-hépatitiques. *Thèse Méd. Paris*, 1968, N° 149.

Gadrat J., Ribet A., Moreau G., Suduca P., Pascal J.P. — Elevures pseudo-vésiculaires observées en laparoscopie à la surface du foie cirrhotique. *IIIe Cong. Hongrois de Méd. Int.* Budapest oct. 1965.

Gall E.A. — Post hepatitic, post necrotic and nutritional cirrhosis. *Amer. J. of Path.*, 1960, 36, 241-272.

Mincou L. — Contribution à l'étude biologique et structurelle dans différentes formes de l'hépatite chronique post-virale. *Revue Int. Hépat.*, 1962, 12, 513-558.

Naudin G. — Quand demander une laparoscopie et éventuellement une ponction-biopsie du foie. *Conc. Méd.* 2-1-68, 90-44, 7239-7250.

Orcel L., Smadja A., Grimblat et J. Scotto. — Aspects anatomopathologiques et évolutifs actuels des hépatites à virus. In *Ann. d'Anat. Path., Paris*, 1970, T 15, N° 1, 61-104.

Rismer R. et coll. — Les étapes laparoscopiques et histologiques dans le diagnostic des cirrhoses pot-hépatitiques. *Ac. Gastr. Ent. Biol.*, 1958, 21, 278.

Schaeffer J.W., Schiff L., Gall E.A. et Oikawa (Y.). — Progression of acute hepatitis to post necrotic cirrhoses. *Amer. J. Med.*, 1967, 42, 348-351.

Scotto J., Logeron A., Caroli J. — Essai d'établissement d'un pronostic histologique des hépatites aiguës graves. *Ann. d'An. Path.*, Paris, 1970, T 15, N° 1, 105-114.

Selmain H., Vido I., Wildhirt E. und Ortmans H. — Die chronisch-nekrotisicrende hepatitis. In *Deutsche Medizinische Wochenschuft*, Nr 26, 26-6-70, 1397-1401.

Tradj J. et Paraf A. — Les formes chroniques de l'hépatite virale. *Rev. Méd.*, 1968, 9, 113-171.

Velican. — Nécrose hépatique subaiguë (hépatite virale mortelle). *New England J. Med.*, 1961, 265, 850-854.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .. 11

Chapitre premier : INTÉRÊT DE LA CONFRONTATION DES EXAMENS LAPAROSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES POUR L'ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC POSITIF ET LA DISTINCTION DES STADES ÉVOLUTIFS DES CIRRHOSES .. 13

I. — *Les foies à surface lisse* .. 14
A) Les surfaces ne présentant aucune altération morphologique apparente de structure et de coloration .. 15
B) Les surfaces présentant certaines altérations morphologiques apparentes .. 16
C) Conclusion .. 21

II. — *Les foies à surface remaniée* .. 22
A) Les foies à surface chagrinée .. 22
B) Les foies à surface vallonnée .. 25
C) Les foies à surface granitée .. 31
D) Les foies à surface micronodulaire .. 34
E) Les foies à surface macronodulaire .. 37

III. — *Association d'un cancer et d'une cirrhose* .. 43
A) Les adénocancers sur cirrhose .. 43
B) Les métastases cancéreuses hépatiques .. 48
C) Valeur respective des prélèvements à l'aiguille et à la pince .. 49

IV. — *Les hémochromatoses* .. 51

V. — *Les processus cirrhotiques post-hépatitiques : des hépatites chroniques actives aux cirrhoses post-hépatitiques* .. 54

VI. — *Valeur et discussion des méthodes d'explorations endoscopiques et histologiques dans les états pré-cirrhotiques et cirrhotiques du foie* .. 59
A) *Valeur du diagnostic positif par la laparoscopie* 59
B) *Valeur du diagnostic positif par l'histologie* .. 60

Chapitre second : CONTRIBUTION DES EXAMENS LAPAROSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE DES ÉTATS PRÉ-CIRRHOTIQUES ET CIRRHOTIQUES DU FOIE 63

I. — *Les critères étiologiques en laparoscopie et à l'histologie* 63

A) Contribution de la laparoscopie 63

B) Contribution de l'histologie 65

II. — *Confrontation des critères laparoscopiques et histologiques de diagnostic étiologique, en fonction des différents aspects laparoscopiques de la surface hépatique* 67

III. — *Valeur comparative de l'exploration endoscopique et de l'analyse histologique dans l'établissement d'un diagnostic étiologique* 78

Chapitre troisième : L'ÉVOLUTIVITÉ : ÉTUDE COMPARATIVE DES DONNÉES DE LA LAPAROSCOPIE, DE L'HISTOLOGIE, DE LA CLINIQUE ET DE LA BIOLOGIE POUR L'APPRÉCIATION DU DEGRÉ D'ÉVOLUTIVITÉ DES PROCESSUS PRÉ-CIRRHOTIQUES ET CIRRHOTIQUES . . . 81

I. — *Définition des critères d'évolutivité* 81

A) Sur le plan de la laparoscopie 81

B) Sur le plan de l'histologie 82

C) Sur le plan de la clinique 83

D) Sur le plan de la biologie 84

II. — *Confrontation des critères d'évolutivité suivant l'étiologie des processus cirrhotiques considérés* . . . 85

A) Les cirrhoses éthyliques 85

B) Les processus cirrhotiques post-hépatitiques d'origine virale 92

Chapitre quatrième : VALEUR PRONOSTIQUE DES EXAMENS LAPAROSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES 96

CONCLUSION 107

BIBLIOGRAPHIE 111